Statistiques canadiennes sur le cancer

Rapport spécial de 2018

sur l'incidence du cancer selon le stade

Gouvernement du Canada | Government of Canada

Société canadienne du cancer | Canadian Cancer Society

Produit par : Société canadienne du cancer, Statistique Canada, Agence de la santé publique du Canada, en collaboration avec les registres provinciaux et territoriaux du cancer

cancer.ca/statistiques

Citation
Il est possible de reproduire le matériel figurant dans la présente publication ou d'en faire des copies sans devoir en demander l'autorisation, à condition d'en indiquer la source. La référence suivante est recommandée : Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2018*. Toronto, ON : Société canadienne du cancer; 2018. Sur Internet : cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2018-FR (consulté le [date]).

Juin 2018

ISSN 0835-2976

Cette publication est disponible en français et en anglais sur le site Web de la Société canadienne du cancer, à l'adresse cancer.ca/statistiques. Visitez le site Web pour obtenir la version la plus récente de cette publication et des ressources supplémentaires, telles que des données individuelles provenant de la publication, ainsi que les archives des éditions précédentes.

Les observations et suggestions des lecteurs ont largement contribué à l'essor de cette publication au fil des ans. C'est pourquoi le Comité consultatif tient à ce que cette collaboration se poursuive. Si vous souhaitez donner votre avis sur les façons d'améliorer la publication ou être informé de la diffusion de l'édition de l'an prochain, veuillez remplir le formulaire d'évaluation ou envoyer un courriel à stats@cancer.ca.

Membres du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

Leah Smith, Ph. D. (présidente)
Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Shirley Bryan, Ph. D.
Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa (Ontario)

Prithwish De, Ph. D.
Surveillance et registre du cancer, Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario)

Rami Rahal, B. Sc., M.B.A.
Rendement et surveillance du système, Partenariat canadien contre le cancer, Toronto (Ontario)

Amanda Shaw, M. Sc.
Surveillance et recherche appliquée, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Donna Turner, Ph. D.
Action cancer Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Hannah K. Weir, Ph. D.
Division of Cancer Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (Géorgie)

Ryan Woods, M. Sc.
Cancer Control Research, BC Cancer, Vancouver (Colombie-Britannique)

Gestion du projet

Monika Dixon
Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario)

Table des matières

INTRODUCTION 5
- À propos de la publication 5
- Aperçu du cancer au Canada 6

RAPPORT SPÉCIAL
L'incidence du cancer selon le stade au Canada 7
- Faits saillants 7
- Introduction 8
- Stades du cancer au Canada 11
- Quelles sont les prochaines étapes? 27

ANNEXE I
Sources de données et méthodologie 35
- Sources de données 35
- Méthodologie 36
- Problèmes liés aux données et à la méthodologie 39
- Processus d'examen par les pairs 40

ANNEXE II
Autres statistiques sur le cancer au Canada 41
- Sommaire des statistiques sur le cancer du rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017* 42
- Utilisation de CANSIM pour trouver d'autres statistiques sur le cancer 45

ANNEXE III
Renseignements supplémentaires 47
- Sujets particuliers précédents 47
- Organisations partenaires 48
- Conseil canadien des registres du cancer 49
- Bureaux de la Société canadienne du cancer 51

Introduction

À propos de la publication

La publication *Statistiques canadiennes sur le cancer* fait partie d'une série annuelle inaugurée en 1987. Au cours des trente dernières années, la publication a fourni des statistiques détaillées sur le fardeau du cancer au Canada. En général, un tel rapport englobe les statistiques relatives à l'incidence des cancers, à la mortalité par cancer et à la survie au cancer, ainsi que d'autres mesures issues de la surveillance des types de cancers les plus courants au Canada.

Les statistiques présentées dans la publication de 2017 n'ont pas fait l'objet d'une mise à jour cette année, car les membres du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer ont concentré leurs efforts sur l'évaluation de la publication et sur la rédaction du rapport spécial. Par conséquent, la présente publication ne contiendra pas de prévisions liées à l'incidence du cancer et à la mortalité par cancer en 2018.

L'objectif de l'évaluation était d'élaborer un plan qui permettrait à la publication de répondre aux besoins de la communauté de la lutte contre le cancer. Le nouveau plan sera mis en œuvre dès l'édition de 2019, qui comprendra des statistiques récentes sur l'incidence du cancer, la mortalité par cancer (y compris des estimations projetées jusqu'à 2019) et la survie au cancer.

Le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer est aussi responsable de la création de ce rapport spécial sur l'incidence du cancer selon le stade au moment du diagnostic. La publication *Statistiques canadiennes sur le cancer* ne présentait pas de statistiques liées au stade de la maladie, car de telles données ne sont accessibles que depuis tout récemment à l'échelle nationale. Nous devons leur intégration dans le Registre canadien du cancer à plus de vingt-cinq années de travail acharné et à la collaboration des différents registres du cancer provinciaux et territoriaux, de Statistique Canada et de leurs partenaires.

Ces renseignements offrent l'occasion d'approfondir les statistiques habituellement consignées dans les *Statistiques canadiennes sur le cancer*, tout en y incorporant une nouvelle perspective sur le fardeau du cancer au Canada et sur les stratégies à adopter pour y remédier.

Objectif et public cible

Le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer* est conçu pour fournir des renseignements qui aideront les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs à prendre des décisions et à cerner les domaines prioritaires liés à la lutte contre le cancer. Il peut aussi être utile aux représentants des médias, aux éducateurs et aux membres du public qui s'intéressent à la question du cancer.

En raison de sa valeur pronostique, le stade du cancer permet de décrire le cancer au Canada d'un point de vue qui n'avait encore jamais présenté dans les *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Les résultats consignés dans ce rapport peuvent servir à diverses fins :

- Les statistiques révèlent des informations cruciales concernant la distribution des cas selon le stade du cancer au moment du diagnostic et pourront servir à déterminer l'importance du rôle joué par les programmes de dépistage du cancer. Les professionnels de la santé peuvent aussi utiliser ces renseignements afin de guider leurs patients en ce qui a trait au dépistage.
- Les modalités de traitement du cancer varient généralement en fonction du stade au moment du diagnostic. Par conséquent, les responsables de la planification des soins de santé et les décideurs peuvent se servir de ces chiffres dans l'élaboration d'un plan efficace d'attribution des ressources.
- Les statistiques actuelles offrent une nouvelle perspective sur le cancer au Canada. En outre, les questions qu'elles soulèvent pourront servir à orienter la recherche sur les raisons pour lesquelles le stade au moment du diagnostic n'est pas le même partout au pays.

À mesure que des données seront recueillies sur le stade des cancers et que les tendances seront analysées d'année en année, ces statistiques offriront des indications encore plus précises sur les initiatives de lutte contre le cancer à l'échelle de la population et leurs répercussions.

Aperçu du cancer au Canada

Près d'un Canadien sur deux recevra un diagnostic de cancer au cours de sa vie[1]. On estimait que 206 200 nouveaux cas de cancer seraient diagnostiqués au Canada uniquement au cours de l'année 2017. Bien qu'un nombre grandissant de Canadiens vivent au moins cinq années après avoir reçu un diagnostic de cancer, le cancer demeure la principale cause de décès au Canada. On estime qu'environ un Canadien sur quatre mourra des suites de cette maladie.

Depuis que cette publication existe, d'immenses progrès ont été effectués dans la lutte contre le cancer au Canada, en raison des avancées en matière de dépistage, de prévention, de détection précoce et de traitement de la maladie. La diminution constante du taux de mortalité par cancer depuis 1988 témoigne d'ailleurs de ces progrès. Les tendances des taux d'incidence varient davantage en fonction des types de cancer, mais le taux d'incidence de tous les cancers confondus est à la baisse chez les hommes et n'augmente plus chez les femmes.

Bien que les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA) n'augmentent pas, le nombre de Canadiens recevant un diagnostic de cancer chaque année est en hausse. On estime que le nombre de cas de cancer diagnostiqués en 2030 dépassera de presque 80 % le nombre de cas diagnostiqués en 2005[2]. Cette hausse est attribuable à l'accroissement et au vieillissement de la population au Canada, plutôt qu'à une augmentation des risques. Toutefois, ces prévisions ont des conséquences importantes pour les Canadiens et les ressources en santé du Canada.

Des statistiques détaillées sur le fardeau du cancer au Canada sont essentielles à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de santé. Elles aident les décideurs à établir les priorités de recherche et à déterminer les ressources qu'il convient d'affecter aux soins et à la lutte contre le cancer. Ces données sont également essentielles pour orienter et évaluer les activités de prévention primaire et secondaire, et pour déterminer l'effet de la détection précoce et des traitements sur l'évolution des cancers. Enfin, de telles statistiques peuvent être utiles pour établir les priorités des services, afin d'aider les Canadiens atteints du cancer et leurs familles à obtenir le soutien dont ils ont besoin à la fin du traitement.

La Société canadienne du cancer, l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada s'engagent à continuer de présenter des données sur la surveillance du cancer au Canada dans la publication *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Les projections relatives aux taux de mortalité et d'incidence du cancer en 2017, de même que les estimations les plus récentes de la survie, sont consignées à l'*annexe II* dans le tableau A1 (deux sexes combinés), le tableau A2 (hommes) et le tableau A3 (femmes). La publication de cette année vient compléter ces statistiques en fournissant des renseignements détaillés sur l'incidence du cancer selon le stade au moment du diagnostic. Puisque les résultats offrent une nouvelle perspective sur le cancer au Canada, nous espérons que nos lecteurs feront preuve d'esprit critique en ce qui concerne la signification de ces chiffres et la façon dont ils peuvent contribuer à la lutte contre le cancer pour, en fin de compte, améliorer l'état de santé de la population canadienne.

Références

1. Comité consultatif des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2017. Toronto, Société canadienne du cancer; 2017. Disponible à l'adresse : http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR (consulté en avril 2018).
2. Comité consultatif des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2015. Toronto, Société canadienne du cancer; 2015.

RAPPORT SPÉCIAL
L'incidence du cancer selon le stade

Sous la direction du Groupe de travail sur la stadification du cancer du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

James Brierley (Princess Margaret Cancer Centre)
Shirley Bryan (Statistique Canada)
Mary Gospodarowicz (Princess Margaret Cancer Centre)
Gina Lockwood (Partenariat canadien contre le cancer)
Leah Smith (Société canadienne du cancer)
Hannah K. Weir (Centers for Disease Control and Prevention)
Ryan Woods (BC Cancer)

Analyse et contribution écrite :
Huda Masoud (Statistique Canada)

Examen par les pairs[1] **:**
Piotr Czaykowski (CancerCare Manitoba)
Darlene Dale (Princess Margaret Cancer Centre)
Alyson Mahar (Université du Manitoba)
Geoff Porter (Université Dalhousie)

Le stade du cancer fournit des renseignements utiles pour les personnes atteintes du cancer, les professionnels de la santé et les décideurs du domaine des soins de santé. Par exemple, les professionnels de la santé utilisent les renseignements sur le stade pour établir le pronostic, planifier le traitement et prédire l'efficacité du traitement pour un cas de cancer précis. Ces renseignements aident aussi les patients à mieux comprendre leur diagnostic, leurs options thérapeutiques et les issues possibles de leur maladie. À l'échelle de la population, les renseignements sur le stade peuvent être importants pour suivre l'évolution temporelle de l'incidence du cancer et les différences entre les régions. Ils peuvent également servir à orienter l'allocation des ressources, à évaluer l'efficacité des programmes de dépistage et de détection précoce et à déterminer si un nouveau traitement a été administré conformément aux lignes directrices.

Hormis le Québec, toutes les provinces et tous les territoires du Canada compilent systématiquement depuis 2010 des données sur les stades de cancer du poumon et des bronches (cancer du poumon), du cancer colorectal, du cancer du sein chez la femme et du cancer de la prostate. Toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec et le Nouveau-Brunswick, en font de même pour le cancer du col de l'utérus. Enfin, six provinces ont aussi collecté des données sur les 15 autres cancers « stadifiables » (c.-à-d. dont le stade peut être déterminé) qui sont généralement inclus dans la publication *Statistiques canadiennes sur le cancer*. Le présent rapport se concentre sur la distribution des cas de cancer du poumon, de cancer colorectal, de cancer du sein chez la femme, de cancer de la prostate et de cancer du col de l'utérus selon leur stade au moment du diagnostic; il contient aussi des renseignements sur les 15 autres cancers.

Le présent rapport est un des premiers à se fonder sur un corpus national de données pour brosser le portrait des stades de cancer au Canada. Il constitue l'analyse la plus exhaustive et la plus à jour des données disponibles.

Points saillants

- Les données sur le stade sont disponibles pour au moins 90 % des cas de cancer du poumon, de cancer colorectal, de cancer du sein chez la femme et de cancer de la prostate diagnostiqués au Canada (à l'exclusion du Québec) de 2011 à 2015.
- Chaque année au Canada (à l'exclusion du Québec), une moyenne de 6823 cas de cancer du poumon et des bronches, 2494 cas de cancer colorectal, 815 cas de cancer du sein chez la femme et 1187 cas de cancer de la prostate sont diagnostiqués après qu'ils se sont métastasés (stade IV).
- Environ la moitié (50 %) des cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués au stade IV, ce qui explique le faible taux de survie nette à cinq ans (17 %). Le cancer du poumon à petites cellules, qui est le type de cancer du poumon le plus agressif, était plus fréquemment détecté au stade IV (67 %) que le cancer du poumon non à petites cellules (47 %).
- Malgré la présence de programmes organisés de dépistage dans la plupart des provinces et des territoires du Canada, 1 cas de cancer colorectal

[1] Pour la description du processus d'examen par les pairs, consulter l'*annexe I*.

sur 2 (49 %) a été diagnostiqué à un stade avancé (III ou IV).

- Plus de 80 % des cas de cancer du sein chez la femme ont été diagnostiqués à un stade précoce (I ou II). Cela s'explique vraisemblablement par la détection précoce dans le cadre des programmes organisés de dépistage du cancer du sein. Moins de 5 % des cas ont été diagnostiqués au stade IV.
- Environ les trois quarts (74 %) des cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués au stade I ou II. Le pourcentage et le taux d'incidence du cancer de la prostate de stade I varient considérablement au pays : cette variation est probablement due à des différences régionales sur le plan de l'intensité des activités de mesure de l'antigène prostatique spécifique (APS).
- En ce qui concerne les quatre types de cancer les plus fréquents, le pourcentage de cas de « stade inconnu » au moment du diagnostic était généralement beaucoup plus élevé chez les patients les plus âgés que chez les patients plus jeunes. Il est possible que cela soit dû au fait qu'un bilan diagnostique complet est entrepris moins souvent chez les personnes âgées atteintes de cancer que chez les adultes plus jeunes.
- Plus de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués chez les femmes de 18 à 39 ans étaient de stade I. Cela s'explique vraisemblablement par la détection précoce dans le cadre des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le pourcentage de diagnostics posés au stade IV augmentait en fonction de l'âge, passant de 0 % dans le groupe des patientes les plus jeunes (18 à 24 ans) à 23 % dans le groupe des patientes les plus âgées (70 ans et plus).
- En ce qui a trait aux 15 autres cancers examinés, la distribution des stades variait aussi considérablement selon le type de cancer. Par exemple, la plupart des cas de cancer de l'utérus (74 %) et de la glande thyroïde (67 %) ont été diagnostiqués au stade I, tandis que la plupart des cas de cancer du pancréas (57 %) et de la bouche (53 %) l'ont été au stade IV.
- En règle générale, les cancers qui se forment profondément dans le corps (p. ex. pancréas, estomac, poumon) étaient détectés plus fréquemment à un stade avancé, tandis que les cancers qui se forment dans les tissus et les organes plus facilement visibles ou qui provoquent des symptômes rapidement (p. ex. sein, peau, glande thyroïde, testicule) étaient plus fréquemment diagnostiqués à un stade précoce.
- À l'échelle nationale, la distribution des stades de cancer au moment du diagnostic variait davantage pour certains types de cancer (p. ex. glande thyroïde, prostate, ovaire) que pour d'autres (p. ex. pancréas, utérus).
- Bien que le stade du cancer au moment du diagnostic ne soit pas le seul facteur qui influence la survie, les cancers qui sont détectés à un stade avancé sont généralement associés à un plus faible taux de survie nette à cinq ans que les cancers détectés plus rapidement.

Introduction

Qu'est-ce qu'un stade de cancer?

La stadification est une manière de classer un cas de cancer d'après l'étendue de la maladie dans le corps au moment du diagnostic. Le stade est déterminé en fonction de la taille de la tumeur primitive, ainsi que de son degré de propagation aux tissus environnants et aux autres parties du corps. Le système TNM (tumeur, nœud, métastase) est une méthode reconnue dans le monde pour classer l'étendue anatomique de la maladie.

Le système TNM permet de décrire le stade de la plupart des tumeurs solides, mais il n'est pas utilisé pour déterminer le stade des tumeurs de l'encéphale ou du système nerveux central (SNC), des cancers du sang et du système lymphatique (p. ex. leucémie, myélome multiple) et de certains cancers infantiles.

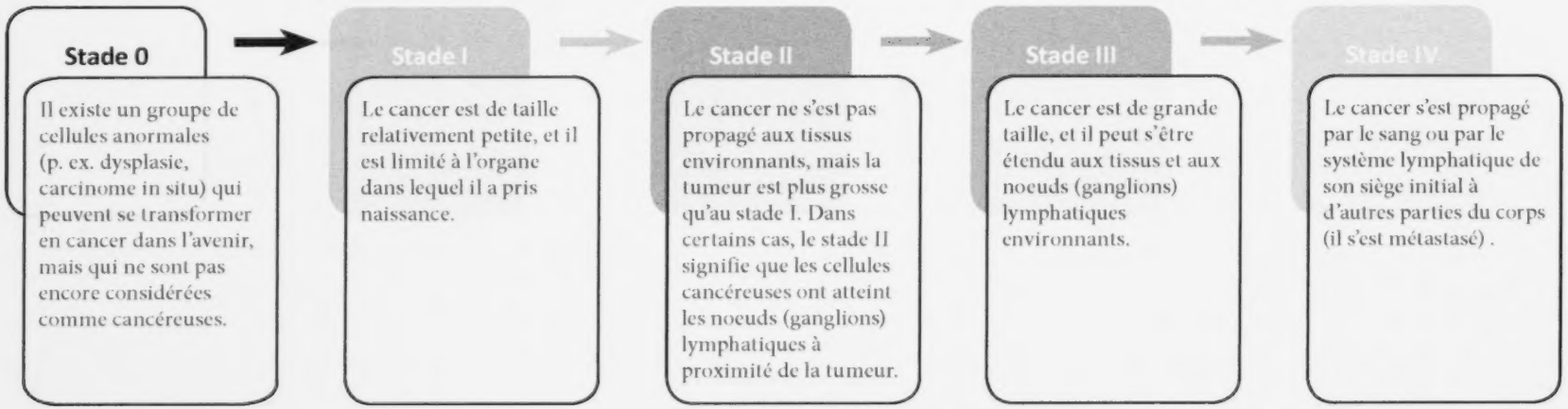
T renvoie à la taille de la tumeur primitive ainsi qu'à toute invasion locale. La valeur de T va généralement de 1 (plus faible taille ou volume) à 4 (plus grande taille ou volume).

N indique si le cancer a atteint les nœuds (ou ganglions) lymphatiques. La valeur de N peut aller de 0 (aucune atteinte) à 3 (envahissement).

M indique si le cancer s'est étendu (métastasé) à une autre partie du corps. La valeur de M est de soit 0 (aucune métastase), soit 1 (présence de métastases).

Dans certains cas, des lettres minuscules sont employées pour diviser ces critères en sous catégories.

Une fois qu'une valeur a été attribuée aux critères TNM, le cancer est généralement classé dans un stade allant de 0 à 4 (écrit en chiffres romains : 0, I, II, III ou IV). Cette succession de stades correspond à des degrés croissants d'évolution de la maladie. En général, plus le stade est avancé, moins le pronostic est favorable et moins le taux de survie est élevé. Pour la plupart des types de cancer, les stades indiquent généralement ce qui suit :



Dans certains cas, des lettres majuscules sont ajoutées aux chiffres pour diviser ces stades en sous stades.

Les critères TNM et le stade du cancer peuvent être attribués d'après l'évaluation clinique initiale, sans excision chirurgicale de la tumeur primitive (stade clinique), ou par l'examen d'un échantillon prélevé lors d'une intervention chirurgicale (stade pathologique). La stadification clinique est une évaluation qui repose sur un examen physique, l'imagerie, des analyses sanguines et des biopsies. La stadification pathologique fournit des renseignements supplémentaires après le traitement chirurgical initial. Les renseignements sur le stade sont versés dans le dossier médical du patient.

Le système SEER (du programme *Surveillance, Epidemiology and End Results*) est un autre système de stadification utilisé par les registres du cancer. Il est couramment utilisé aux États-Unis. Ses stades correspondent approximativement, mais pas exactement, aux stades anatomiques du système TNM :

Stade TNM	Stade SEER
Stade 0	In situ
Stades I–II	Localisé
Stades II–III	Régional
Stade IV	À distance

Bien que l'étendue de la maladie puisse être réévaluée plusieurs fois au fil du temps, le stade du cancer est défini d'après l'étendue de la maladie au moment du diagnostic, avant la mise en route de tout traitement non chirurgical. Par conséquent, le stade du cancer ne change pas selon l'évolution de la maladie. Le présent rapport est fondé sur le stade du cancer au moment du diagnostic : c'est cet élément d'information, et non la progression du cancer, qui est noté et déclaré par les registres du cancer.

Pourquoi établir le stade d'un cancer?

Les professionnels de la santé utilisent les renseignements sur le stade pour planifier le traitement et en évaluer les résultats. Le stade sert aussi à établir le pronostic de survie et à prédire l'efficacité du traitement. Ces renseignements aident les patients atteints du cancer à mieux comprendre le diagnostic, les options thérapeutiques et les issues possibles de la maladie. De nombreux autres facteurs liés aux tumeurs influent sur le pronostic et peuvent être pris en compte conjointement au stade (encadré 1).

L'utilisation d'une terminologie normalisée pour décrire les stades de cancer facilite l'échange de renseignements tant entre les cliniciens qu'entre les centres de traitement. Il est important de disposer des renseignements sur le stade pour prendre les meilleures décisions possible concernant les soins à fournir contre le cancer.

Pourquoi collecter des données sur les stades de cancer à l'échelle de la population?

Les renseignements sur le stade transmis aux registres du cancer proviennent de plusieurs sources, notamment les rapports de pathologie et les dossiers médicaux. Les registres du cancer peuvent condenser ces renseignements en variables sur le stade (p. ex. TNM, SEER).

Encadré 1 – Autres facteurs pronostiques

Le système de stadification TNM est fondé sur des facteurs anatomiques. Cependant, il existe aussi des facteurs pronostics non liés à l'anatomie (p. ex. grade de la tumeur, marqueurs tumoraux, facteurs moléculaires) qui sont utilisés pour établir le pronostic et déterminer le traitement.

Le grade est déterminé en comparant au microscope l'aspect des cellules cancéreuses avec celui des cellules normales. Les cellules cancéreuses d'une tumeur de faible grade ressemblent davantage aux cellules saines et sont moins susceptibles de se propager à d'autres parties du corps comparativement aux cellules cancéreuses d'une tumeur de haut grade.

Ces facteurs non anatomiques sont liés aux aspects biologiques (p. ex. génétiques, moléculaires, hormonaux) du cancer. Les données sur un grand nombre de ces facteurs sont maintenant collectées systématiquement par des registres au Canada. Ces données comprennent, sans s'y limiter, le groupe de grade pour le cancer de la prostate et le statut à l'égard du récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2) pour le cancer du sein.

- Le groupe de grade, qui est fondé sur la cote de Gleason, est une mesure du grade d'un cancer de la prostate. Il indique la vitesse de croissance possible du cancer et la probabilité qu'il se propage. Le groupe de grade va de 1 (faible) à 5 (très élevé).
- HER2 est le nom donné au gène contrôlant une protéine située à la surface des cellules qui facilite la croissance cellulaire. Si ce gène subit une mutation, il peut favoriser le développement d'une tumeur. L'analyse du statut HER2 vise à déterminer si les cellules cancéreuses du sein produisent plus de protéines HER2 que la normale. Ces renseignements aident les professionnels de la santé à planifier le traitement. L'analyse du statut HER2 est généralement effectuée pour le cancer du sein, mais elle peut servir pour d'autres types de cancer.

Ces facteurs pronostiques fournissent des renseignements supplémentaires importants sur le type de cancer, mais ils ne devraient pas être confondus avec le stade anatomique. À l'époque de la médecine personnalisée, il est de plus en plus indispensable de bien comprendre et utiliser ces facteurs.

À l'échelle de la population, les renseignements sur les stades de cancer peuvent être utilisés dans la surveillance, ainsi que dans la planification et l'évaluation des mesures de lutte contre le cancer[1]. Par exemple :

- Les taux d'incidence et de survie propres à chaque stade peuvent être utiles pour dégager les tendances en matière d'incidence et de mortalité au fil du temps et selon la région.
- Lorsqu'on examine l'évolution de la distribution des stades de cancer au fil du temps, on peut utiliser les renseignements sur le stade pour évaluer l'efficacité des programmes de dépistage et de détection précoce. Ces renseignements peuvent aussi servir à déterminer si un nouveau traitement a été administré conformément aux lignes directrices et s'il a entraîné une amélioration des résultats.
- La variation du stade d'une région à l'autre peut faire ressortir des différences régionales en ce qui concerne certains facteurs liés aux patients et aux systèmes.
- Comme les besoins en matière de soins de santé varient normalement selon le stade au moment du diagnostic, les renseignements sur le nombre de cas de cancer diagnostiqués à chaque stade peuvent aider les décideurs du domaine des soins de santé à organiser et éventuellement à affecter les ressources plus efficacement.

L'utilité de ces renseignements pour les activités de surveillance et d'évaluation dépend de l'uniformité des méthodes de collecte de données sur le stade au fil du temps et dans les différentes régions[2]. Pour appuyer les activités de planification, ces renseignements doivent être disponibles en temps opportun.

Pour de plus amples renseignements sur la stadification du cancer, veuillez consulter la page http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/what-is-cancer/stage-and-grade/staging/?region=qc.

Collecte de données sur le stade au Canada

Les données sur l'incidence du cancer au Canada sont compilées par les registres provinciaux et territoriaux du cancer (RPTC) et sont transmises à Statistique Canada, qui les verse dans le Registre canadien du cancer (RCC). Le RCC est administré par le Conseil canadien des registres du cancer (CCRC), qui est le fruit d'une collaboration entre les 13 RPTC et la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. Le CCRC oriente la collecte des données sur le cancer, y compris les stades de cancer, à l'échelle du pays.

- Depuis l'année de diagnostic 2010, tous les registres canadiens qui transmettent au CCRC des données sur le stade compilent ces données à l'aide du système de stadification concertée. Ce système vise à améliorer la qualité et l'exhaustivité des données par la normalisation des règles relatives aux délais, aux évaluations cliniques et pathologiques et aux descriptions des types de cancer. Les données sur le stade utilisées dans le présent rapport proviennent du système de stadification concertée, qui s'appuie sur la septième édition des définitions des stades TNM de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Les RPTC ont donné la priorité à la collecte de données sur les stades des quatre cancers invasifs les plus fréquemment diagnostiqués (poumon et bronches, colorectal, sein chez la femme et prostate) dans le but d'atteindre un taux de saisie de 90 % des stades de ces cancers à l'échelle de la population. Bien que la collecte normalisée des données sur les stades ait généralement été limitée aux cancers invasifs, les cancers du sein in situ (généralement classés au stade 0) ont aussi été inclus, car ces renseignements aident à évaluer les activités de dépistage du cancer du sein.
- Certains RPTC ont compilé des renseignements sur les stades d'autres cancers, mais ces pratiques varient d'une région à l'autre du pays selon les ressources disponibles et les priorités concurrentes.
- Le Québec a commencé à compiler des données sur le stade des cancers diagnostiqués depuis 2014. Comme ces données ne sont pas déjà incluses dans le RCC, elles ne sont pas prises en compte dans le présent rapport.

Stades du cancer au Canada

Le cancer du poumon, le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer de la prostate sont les quatre cancers les plus fréquemment diagnostiqués au Canada. En 2017, ces quatre cancers ont représenté environ la moitié de tous les diagnostics de cancer et des décès dus au cancer au Canada[3]. Ces cancers, ainsi que le cancer du col de l'utérus, sont aussi ceux pour lesquels le dépistage et la détection précoce ont eu (ou auront) une incidence majeure sur le stade au moment du diagnostic.

Hormis le Québec, toutes les provinces et tous les territoires collectent systématiquement depuis 2010 des données sur le stade des cas diagnostiqués de cancer du poumon, colorectal, du sein chez la femme et de la prostate; la majorité le fait aussi à l'égard du cancer du col de l'utérus. Six provinces ont de plus compilé des données sur le stade d'au moins 15 autres cancers.

En 2014, le Partenariat canadien contre le cancer a donné un premier aperçu des stades de cancer au Canada en publiant les taux d'incidence de 2010 selon chaque stade des cancers du poumon, colorectal, du sein et de la prostate[4]. Le présent rapport de *Statistiques canadiennes sur le cancer*, qui fait suite à ces travaux, est fondé sur des données compilées de 2011 à 2015 sur le stade de 20 types de cancer. Le rapport présente des dénombrements et des distributions en pourcentage de même que des taux d'incidence propres à chaque stade.

Exhaustivité des données sur le stade

Le tableau 1 indique le pourcentage de cas pour lesquels il existait des données sur le stade dans chaque région géographique.

- Les données sur le stade étaient disponibles pour au moins 90 % des cas de cancer du poumon, colorectal, du sein chez la femme et de la prostate ayant été diagnostiqués au Canada (à l'exclusion du Québec) de 2011 à 2015. L'exhaustivité est restée semblable d'une année à l'autre (consulter le tableau de données supplémentaires S1 en ligne).
- Les données sur les stades du cancer du col de l'utérus n'étaient pas disponibles pour le Québec ni le Nouveau-Brunswick. Le stade a été établi dans plus de 90 % des cas de cancer du col de l'utérus dans chacune des autres provinces. Dans les territoires, la proportion de cas dont le stade avait été établi était d'environ 76 %.
- L'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador ont saisi le stade de la quasi-totalité des 15 autres types de cancer normalement inclus dans les Statistiques canadiennes sur le cancer[3].

Le tableau ci-dessous présente les régions comprises dans l'analyse de chaque type de cancer :

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la saisie des stades, veuillez consulter les données supplémentaires en ligne, qui comprennent le pourcentage de saisie pour chaque année de 2011 à 2015 (tableau S1), ainsi que le nombre de cas par groupe de stade durant les cinq années confondues (tableau S2).

	C. B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N. B.	N. É.	Î. P. É.	T. N. L.	Territoires*
Poumon, colorectal, sein chez la femme et prostate	✓	✓	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓	✓
Col de l'utérus	✓	✓	✓	✓	✓	–	–	✓	✓	✓	✓
Autres[†]	–	✓	✓	✓	–[‡]	–	–	✓	✓	✓[§]	–

✓ Région incluse dans les analyses concernant ce cancer

* Regroupement des données du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

† Regroupe 15 types de cancer : vessie, lymphome non hodgkinien, utérus (corps, sans autre indication) mélanome, glande thyroïde, rein et bassinet du rein, pancréas, bouche, estomac, ovaire, foie, œsophage, larynx, testicule, et lymphome de Hodgkin

‡ Bien que la couverture des stades des types de cancer « autres » en Ontario n'ait pas satisfait aux critères d'inclusion utilisés, les stades à l'échelle de la population de 2010 à 2013 sont disponibles pour le cancer de la glande thyroïde, le mélanome et les cancers gynécologiques.

§ D'après les données de 2011, 2012, 2013 et 2015; les données de 2014 ont été exclues des analyses en raison du faible nombre de cas dont le stade était connu.

Stade inconnu

Un cas est classé dans la catégorie « stade inconnu » s'il n'existe pas suffisamment de renseignements pour en déterminer le stade. Cette catégorie ne comprend pas les cas dont le stade est impossible à déterminer, ni ceux auxquels l'algorithme de stadification concertée n'a pas été appliqué (voir le tableau de données supplémentaires S2 en ligne). Le stade d'un cas de cancer peut être inconnu si la personne n'a pas subi tous les examens diagnostiques nécessaires pour déterminer le stade ou si son dossier est incomplet.

Les analyses en fonction de l'âge ont révélé que le pourcentage de cas dont le stade est inconnu était généralement beaucoup plus élevé chez les patients âgés que chez les patients plus jeunes (voir le tableau de données supplémentaires S3 en ligne). Cette constatation semble indiquer qu'un bilan diagnostique complet est entrepris moins souvent chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes en présence d'un cancer. Comme la capacité d'interpréter la distribution en pourcentage des stades est réduite par la présence d'un pourcentage élevé de cas de stade inconnu, toutes les analyses qui n'étaient pas effectuées en fonction de l'âge ont porté exclusivement sur les personnes âgées de 18 à 79 ans au moment du diagnostic.

Interprétation de ces statistiques

À quoi ces statistiques peuvent-elles servir?

Le présent chapitre renferme trois types de statistiques sur le stade des cancers : le nombre de cancers par stade, la distribution en pourcentage des stades de cancer et les taux d'incidence normalisés selon l'âge (TINA). Les paragraphes ci dessous exposent brièvement comment chacun de ces trois types de statistiques peut être utilisé.

Le nombre de cancers diagnostiqués par stade peut aider les planificateurs des soins de santé et les décideurs à définir et à calculer les ressources de santé qui sont nécessaires pour diverses activités de soins aux personnes atteintes de cancer. Comme les nombres présentés sont propres à la population à l'étude, il est difficile de les appliquer à d'autres populations ou à d'autres périodes.

La distribution en pourcentage est un indicateur couramment utilisé pour décrire le pourcentage de cancers diagnostiqués à chaque stade en fonction du nombre total de cancers diagnostiqués à tous les stades confondus (y compris ceux dont le stade est inconnu). Ces renseignements aident à comparer les stades entre différentes populations et différents types de cancer.

Les TINA propres à chaque stade indiquent le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués à un stade donné par 100 000 personnes après normalisation selon les tranches d'âge de la population canadienne de 2011. Les TINA propres à chaque stade varient selon la distribution des stades et le taux d'incidence du cancer. Ils peuvent faire ressortir des tendances liées aux stades qui passeraient inaperçues si l'on utilisait uniquement la distribution en pourcentage des cancers par stade.

Par exemple, les stades peuvent servir à évaluer l'impact d'un programme de dépistage. Le dépistage a pour but de diagnostiquer les cancers à un stade peu avancé, où la probabilité de survie est encore élevée. Par conséquent, pour être efficace, un programme de dépistage devrait théoriquement entraîner la diminution des taux d'incidence à un stade avancé. Cependant, les programmes de dépistage peuvent aussi entraîner un surdiagnostic, c'est à dire l'attribution d'un diagnostic de cancer à des affections qui n'auraient pas causé la mort ou affecté la qualité de vie du patient. Dans ce cas, la distribution en pourcentage indiquerait une augmentation progressive des diagnostics au stade I et une diminution correspondante de la proportion de cas aux stades plus avancés, laissant croire à tort que l'initiative a été efficace. Toutefois, l'examen des TINA propres à chaque stade au fil du temps finirait par montrer une hausse des taux d'incidence aux stades précoces et aucun changement des taux d'incidence aux stades avancés, ce qui voudrait dire que le programme de dépistage n'a pas atteint son objectif.

Les trois mesures des stades de cancer utilisées dans le présent rapport fournissent des renseignements à la fois uniques et complémentaires qui aideront à mieux comprendre l'incidence du cancer au Canada.

Comparaison des statistiques entre plusieurs groupes

Les statistiques figurant dans le présent rapport ne comprennent pas de mesure de précision comme les valeurs *p* et les intervalles de confiance. La prudence est de mise pour comparer les pourcentages et les taux par type de cancer, par région, par sexe et par tranche d'âge, car les différences constatées entre les statistiques ne sont pas nécessairement statistiquement significatives ou pertinentes sur le plan clinique ou politique.

Cancer du poumon et des bronches (cancer du poumon)

Le cancer du poumon est le type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué dans la population canadienne : 28 600 nouveaux cas étaient prévus en 2017 (soit 14 % de tous les cancers)[5]. Le taux d'incidence du cancer du poumon est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais les taux des deux sexes semblent être en train de converger chez les adultes les plus jeunes.

Chez les hommes, le taux d'incidence a commencé à plafonner au milieu des années 1980 et il diminue depuis ce temps[5]. Chez les femmes, le taux a continué d'augmenter, culminant seulement en 2006. Le tabagisme demeure le facteur de risque le plus important du cancer du poumon, et l'écart entre les taux d'incidence chez les hommes et les femmes reflète l'évolution historique du tabagisme dans ces groupes. Le déclin du tabagisme chez les femmes est survenu environ 20 ans plus tard que chez les hommes[6], ce qui porte à croire que les taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes pourraient aussi commencer à diminuer au cours des prochaines années.

Cancer du poumon non à petites cellules et cancer du poumon à petites cellules

Les deux principaux types de cancer du poumon sont le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) et le cancer du poumon à petites cellules (CPPC). Le CPNPC, qui représente plus de 80 % de tous les cas de cancer du poumon, englobe les adénocarcinomes, principale forme de cancer du poumon chez les non fumeurs. Cependant, comme le cancer du poumon est beaucoup plus fréquent chez les fumeurs que chez les non fumeurs, les fumeurs sont plus nombreux que les non fumeurs à présenter un adénocarcinome. Le CPPC est rare chez les non fumeurs. Il se développe généralement beaucoup plus rapidement et se propage plus facilement que le CPNPC.

Le taux de survie au cancer du poumon est très faible, particulièrement dans les cas détectés à un stade avancé. Par exemple, les estimations des taux de survie relative à cinq ans pour le cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) aux États-Unis varient de 1 % à 10 % dans les sous-stades du stade IV et de 68 % à 92 % dans les sous-stades du stade I[7]. Les estimations des taux de survie relative à cinq ans sont plus faibles en ce qui concerne le cancer du poumon à petites cellules (CPPC) : 2 % au stade IV et 31 % au stade I[8,9].

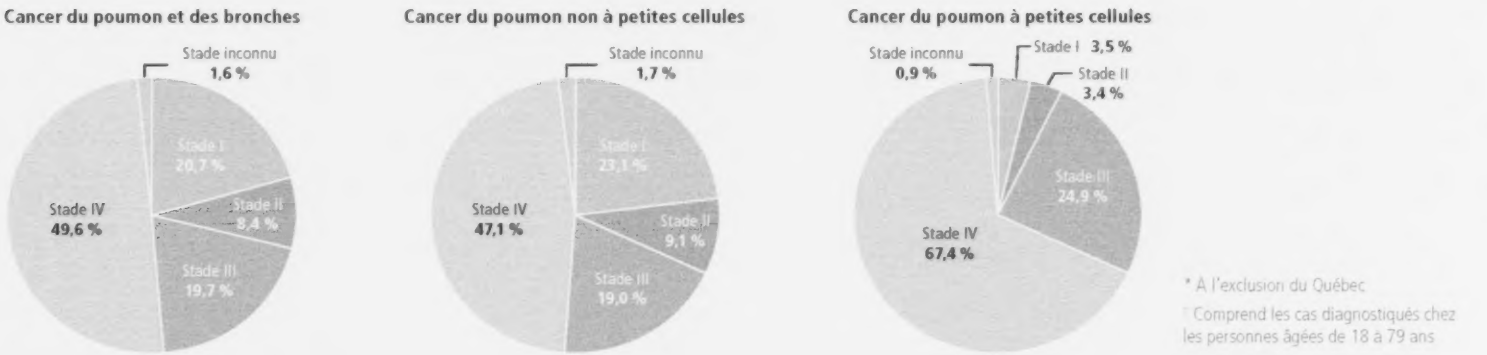
À l'heure actuelle, le cancer du poumon ne fait l'objet d'aucun dépistage dans la population. Toutefois, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a publié une ligne directrice recommandant le dépistage par tomodensitométrie (TDM) à faible dose chez les personnes à risque élevé[10]. Des études pilotes sont en cours au Canada pour examiner la possibilité de mettre en œuvre des programmes de dépistage du cancer du poumon pour les populations à risque élevé[11], dans le but de détecter la maladie à un stade plus précoce où elle peut être traitée plus facilement. D'après les modèles de microsimulation, 1,4 million de Canadiens et Canadiennes seraient admissibles au dépistage destiné aux personnes à risque élevé en 2018 (OncoSim, version 2.5[†]).

[†] Cette analyse est fondée sur le modèle OncoSim du Partenariat canadien contre le cancer. OncoSim est dirigé et soutenu par le Partenariat canadien contre le cancer et financé par Santé Canada. L'élaboration des modèles est effectuée par Statistique Canada.

Stades du cancer du poumon au Canada (à l'exclusion du Québec)

- Environ la moitié de tous les cas de cancer du poumon étaient de stade IV (figure 1). Cela représente une moyenne annuelle de 6823 diagnostics de cancer du poumon métastatique au Canada, sans compter le Québec (tableau 2).
- Le pourcentage des diagnostics de stade IV est plus élevé pour le CPPC (67,4 %) que pour le CPNPC (47,1 %). Près du quart (23,1 %) des CPNPC ont été diagnostiqués au stade I, comparativement à seulement 3,5 % des CPPC (tableau 2).
- La proportion des cancers du poumon de stade I semblait plus élevée chez les femmes (23,7 %) que chez les hommes (17,8 %), et la proportion des cancers du poumon de stade IV semblait plus élevée chez les hommes (52,0 %) que chez les femmes (47,1 %). Toutefois, il est possible que ces différences ne soient pas statistiquement significatives.
- Aucune tendance nette n'est ressortie de la distribution en pourcentage par tranche d'âge, hormis que le pourcentage de cas de stade inconnu augmentait en fonction de l'âge au moment du diagnostic : de 1,1 % chez les personnes de 18 à 59 ans à 8,8 % chez les personnes de 90 ans et plus.
- La distribution en pourcentage des stades de cancer du poumon était relativement semblable dans l'ensemble des provinces et des territoires pour tous les stades du CPNPC (tableau 2). La variabilité semblait plus grande en ce qui concerne les stades du CPPC à l'échelle des provinces et des territoires, mais cela pourrait s'expliquer par le nombre relativement faible de cas correspondant à ce sous-type.

FIGURE 1 Répartition en pourcentage des cas de cancer du poumon et des bronches, par stade au moment du diagnostic et par sous-type, chez les deux sexes, Canada*, 2011–2015†



* À l'exclusion du Québec
† Comprend les cas diagnostiqués chez les personnes âgées de 18 à 79 ans

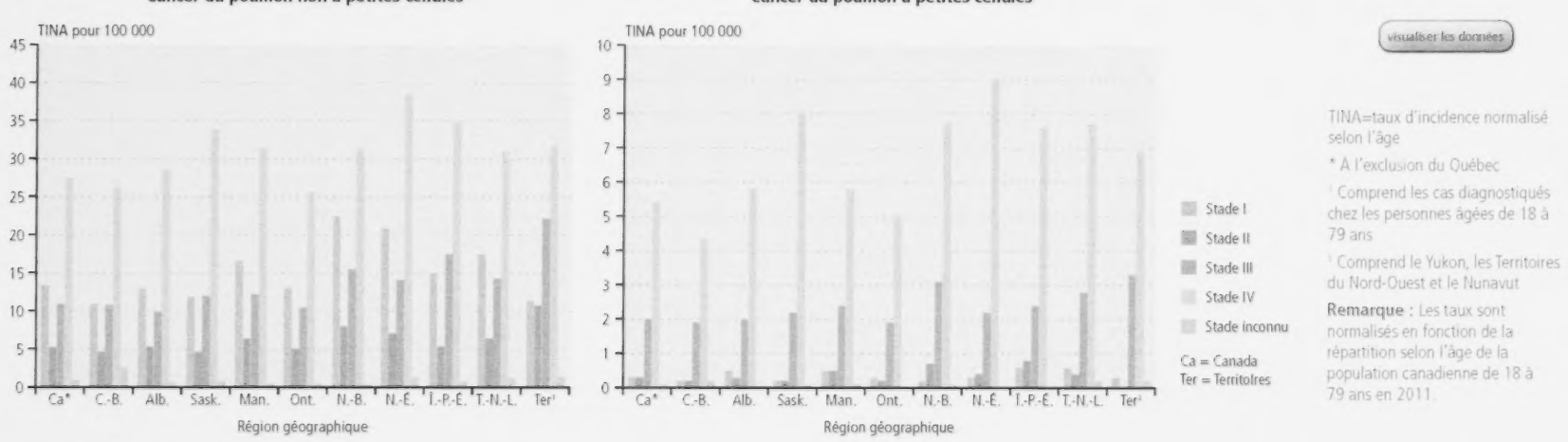
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

- La figure 2 porte à croire qu'il existe des variations à l'échelle du pays sur le plan des TINA propres à chaque stade.
- Le TINA le plus élevé du CPNPC de stade IV était en Nouvelle-Écosse (38,5 pour 100 000) et le plus faible était en Ontario (25,5 pour 100 000). En ce qui a trait au CPPC de stade IV, le TINA le plus élevé a aussi été constaté en Nouvelle-Écosse (9,0 pour 1000), mais le plus faible a été observé en Colombie-Britannique (4,3 pour 100 000).

Interprétation

- La plupart des cas de cancer du poumon étaient à un stade avancé et déjà métastasés au moment du diagnostic. Cela aide à expliquer pourquoi, de tous les principaux types de cancer au Canada, le cancer du poumon est celui qui est associé aux plus faibles taux de survie[3].
- La distribution en pourcentage des stades de CPNPC et de CPPC correspond à ce qui est connu au sujet de ces sous-types : étant donné que le CPPC est plus agressif que le CPNPC et qu'il a un potentiel métastatique élevé, il est plus fréquemment détecté à un stade avancé.
- La variation à l'échelle du pays des TINA propres à chaque stade correspond en grande partie à la variation des TINA du cancer du poumon, c'est-à-dire que les taux sont généralement plus élevés dans l'est que dans le centre ou l'ouest du Canada[3]. Des différences ont aussi été constatées au chapitre des taux globaux de survie nette à cinq ans déclarés par les provinces[3], mais ces observations ne correspondent pas nécessairement aux tendances relatives à la distribution en pourcentage des stades et aux TINA propres à chaque stade : on peut donc présumer que des facteurs autres que le stade (p. ex. différences en matière de détection et de traitement) contribuent à la variation des résultats.
- Les taux de survie propres à chaque stade aident à illustrer l'impact des différences selon le stade à l'échelle du pays. Un rapport récent a présenté une estimation des taux de survie à deux ans par stade à l'aide de données de 2010 à 2012[12]. Ce calcul a révélé une variation considérable du taux de survie au cancer du poumon selon le groupe de stade dans l'ensemble des provinces. Par exemple, le taux de survie relative à deux ans au cancer du poumon de stade I allait de 66,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 84,8 % en Colombie-Britannique. Le taux de survie relative à deux ans au cancer de stade IV variait également, en l'occurrence de 7,6 % au Manitoba à 13,2 % en Colombie-Britannique. Ces écarts laissent

FIGURE 2 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du poumon non à petites cellules et le cancer du poumon à petites cellules, par stade au moment du diagnostic et par région géographique, chez les deux sexes, Canada*, 2011–2015[†]



Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

entrevoir des différences possibles sur le plan de la détection et du traitement à l'échelle du pays. Il faudra plus d'années de données sur les stades pour estimer la survie à long terme associée à chaque stade (p. ex. intervalle de cinq ans) et comprendre plus précisément la variation des résultats entre les provinces et les territoires.

Survie nette et survie relative

La survie nette désigne la probabilité de survie dans la situation hypothétique où le cancer d'intérêt est la seule cause de décès possible (c. à d. probabilité de survie au cancer en l'absence d'autres causes de décès). La survie relative est définie comme le rapport entre la proportion de survivants observés dans une cohorte de personnes atteintes du cancer et la proportion de survivants attendus dans un groupe comparable de personnes sans cancer. La survie relative a généralement été utilisée implicitement pour estimer la survie nette. Toutefois, il a été établi que les méthodes classiques d'estimation de la survie relative reposant sur des tables de survie donnent des estimations biaisées de la survie nette dans certaines circonstances[13]. Il est donc possible que l'utilisation de la survie relative aboutisse à une surestimation de la survie nette. Pour réduire ce biais, on a incorporé dans les estimations de la survie nette figurant dans le présent rapport un ajustement des méthodes classiques d'évaluation de la survie relative.

Cancer colorectal

Le cancer colorectal est le deuxième type de cancer le plus fréquent au Canada, le nombre projeté de nouveaux cas étant de 26 800 en 2017 (13 % de tous les cancers)[3]. De 1988 à 2010, le taux d'incidence normalisé selon l'âge du cancer colorectal a chuté de 11,3 % chez les hommes et de 14,5 % chez les femmes. La baisse des taux d'incidence du cancer colorectal semble se limiter aux adultes plus âgés, car les taux augmentent chez les adultes de moins de 50 ans au Canada et aux États-Unis[14, 15].

Le stade du cancer au moment du diagnostic est étroitement associé à la survie en ce qui concerne les cancers du côlon et du rectum. Par exemple, la survie relative à cinq ans des personnes atteintes d'un cancer du côlon est estimée à 92 % pour les cancers diagnostiqués au stade I, comparativement à 11 % seulement pour ceux diagnostiqués au stade IV; la survie à cinq ans des personnes atteintes d'un cancer du rectum est estimée à 87 % pour les cancers de stade I et à 12 % pour les cancers de stade IV[16].

De solides données probantes indiquent que le dépistage du cancer colorectal est efficace pour détecter les cancers à un stade précoce (voire au stade de lésions précancéreuses) et réduire la mortalité[17, 18]. Des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal ont été annoncés pour la première fois au Canada en 2007 dans trois provinces (Alberta, Manitoba et Ontario)[19]. En 2017, les 10 provinces et le Yukon disposaient d'un programme organisé de dépistage du cancer colorectal ou étaient en voie d'en mettre un en œuvre. D'après des études en population, les cas de cancer colorectal détectés dans le cadre d'un programme de dépistage présentent une distribution selon le stade plus favorable par rapport à ceux détectés en fonction des symptômes. En outre, la survie des personnes atteintes d'un cancer d'un stade donné est plus élevée pour les cas détectés dans le cadre d'un programme de dépistage que pour ceux détectés en fonction des symptômes[20-23].

Cancers du côlon et du rectum

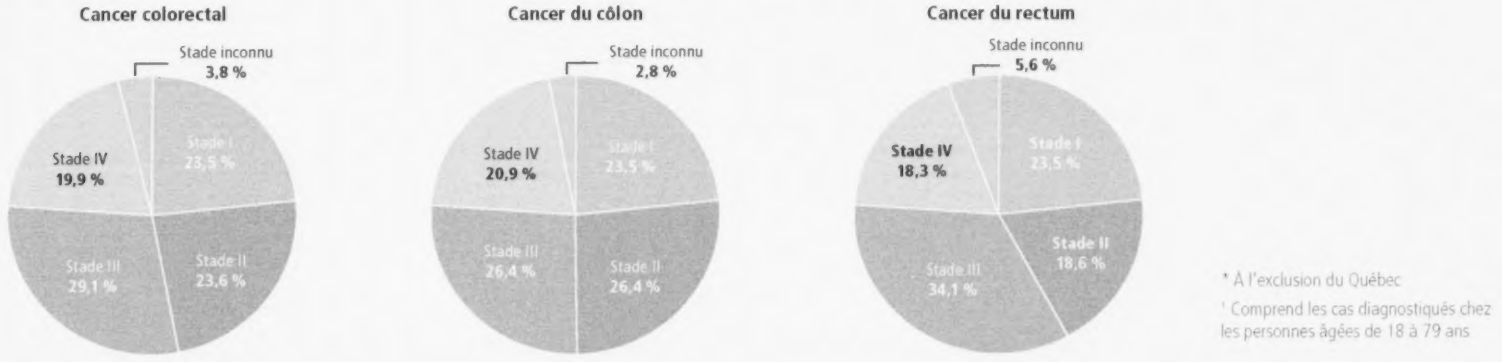
Le côlon et le rectum font partie du gros intestin. Le côlon est la partie la plus longue du gros intestin et se divise en quatre segments : le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant et le côlon sigmoïde. Le rectum est la partie inférieure du gros intestin qui est reliée au côlon sigmoïde.

La plupart des cas de cancer colorectal se forment dans le côlon, et environ 30 % se forment dans le rectum[24]. Les cancers du côlon et du rectum ont des causes et des facteurs de risque très similaires, mais le cancer du rectum est plus fortement associé à la consommation de viande rouge, tandis que le cancer du côlon est plus fortement associé à la consommation d'alcool[24]. Les taux de survie des cas de cancers du rectum détectés à un stade précoce sont légèrement inférieurs à ceux des cas de cancer du côlon[16].

Stades du cancer colorectal au Canada (à l'exception du Québec)

- Un cinquième (19,9 %) des cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués au stade IV (figure 3). Cela correspond à un nombre estimé de 2494 cas de cancer colorectal de stade IV diagnostiqués au Canada (à l'exclusion du Québec) chaque année (tableau 3). Le stade le plus fréquent au moment du diagnostic était le stade III (29,1 %).
- La distribution en pourcentage des stades de cancers de côlon et du rectum était similaire, à l'exception des cas de cancer du rectum, qui étaient plus souvent diagnostiqués au stade III que les cas de cancer du côlon (34,1 % comparativement à 26,4 %) et qui étaient moins susceptibles d'être diagnostiqués au stade II (18,7 % comparativement à 26,4 %) (figure 3). Le pourcentage des cas de cancer du rectum dont le stade était inconnu (5,6 %) était deux fois supérieur à celui des cas de cancer du côlon (2,8 %).
- La distribution en pourcentage selon le stade était similaire entre les hommes et les femmes dans le cas des cancers du côlon et du rectum (tableau 3).
- En ce qui concerne le cancer du rectum, les cas étaient plus fréquemment diagnostiqués au stade III dans tous les groupes d'âge, sauf chez les patients plus âgés (90 ans et plus); dans ce groupe d'âge, les cas de cancer du rectum de stade inconnu étaient plus nombreux (27,0 %). Quant au cancer du côlon, la distribution en pourcentage entre le stade II et le stade III était similaire entre les groupes d'âge, quoique des pourcentages plus élevés de cas de cancer de stade II aient été relevés chez les plus âgés (tableau 3).
- La variabilité de la distribution des cas de cancer du côlon et du rectum selon le stade était similaire dans l'ensemble des provinces (tableau 3). À l'exception des territoires, où très peu de cas ont été recensés, les taux de cancer du côlon de stade IV variaient de 19,3 % (Terre-Neuve-et-Labrador) à 23,6 % (Alberta), et les taux de cancer du rectum de stade IV variaient de 15,2 % (Île-du-Prince-Édouard) à 21,8 % (Manitoba).

FIGURE 3 Distribution en pourcentage des cas de cancer colorectal, par stade au moment du diagnostic et par sous-type, chez les deux sexes, Canada*, 2011–2015†



* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les personnes âgées de 18 à 79 ans

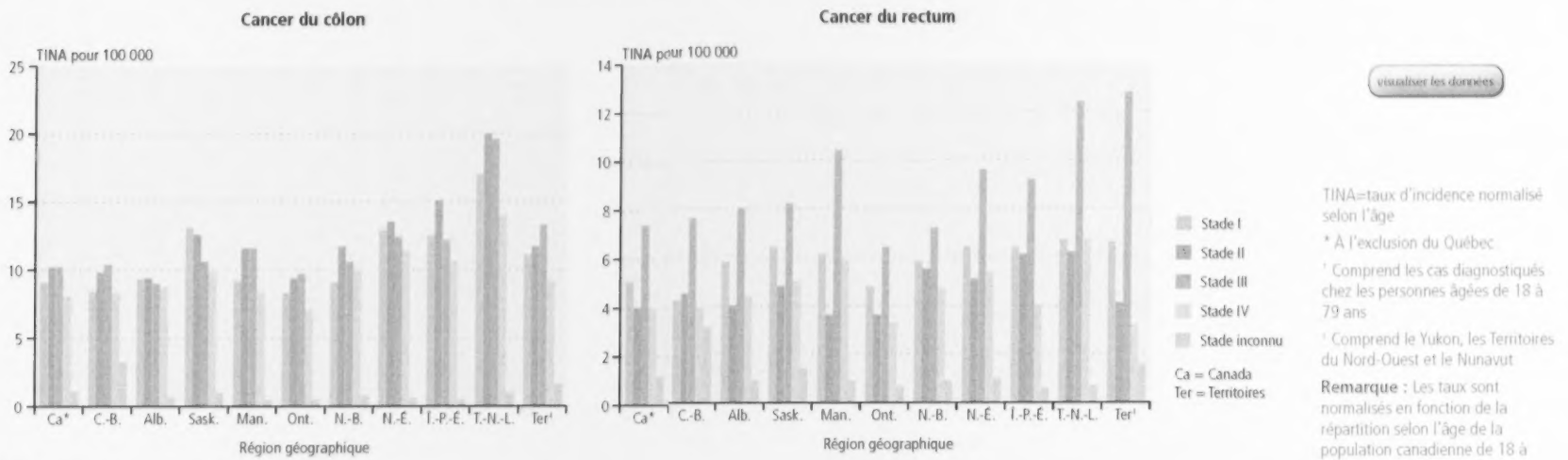
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

- La figure 4 montre les TINA par stade de cancer à l'échelle du pays. Les TINA les plus élevés parmi les stades de cancer du côlon ont été recensés à Terre-Neuve-et-Labrador, se situant à environ 20 pour 100 000 personnes à la fois pour le cancer de stade II et le cancer de stade III. En comparaison, les TINA du cancer du côlon de stade II et de stade III dans l'Ouest (Colombie-Britannique et Alberta) se situaient à 9 ou 10 pour 100 000 personnes. En ce qui concerne le cancer du rectum, les TINA étaient supérieurs pour les cas de cancer de stade III comparativement à tout autre stade dans l'ensemble des provinces et des territoires. Les TINA du cancer de stade III variaient de 6,4 pour 100 000 en Ontario à 12,4 pour 100 000 à Terre-Neuve-et-Labrador.

Interprétation

- Malgré la disponibilité des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal dans la plupart des provinces et des territoires au pays[25], environ la moitié des cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués au stade III ou IV. Le pourcentage élevé de cas de cancer colorectal diagnostiqués à un stade avancé pourrait s'expliquer par un taux de participation sous-optimal à ces programmes, car les estimations pour 2013–2014 semblent indiquer qu'aucun programme n'atteignait le taux de participation cible minimum de 60 %[19]. Les programmes organisés de dépistage du cancer colorectal sont relativement nouveaux dans de nombreuses provinces, et sont toujours en cours de mise en œuvre dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et au Québec. À mesure que d'autres données de stadification seront recueillies au fil des ans, il sera important d'évaluer les répercussions de ces programmes de dépistage sur les TINA selon le stade de cancer.
- Le stade du cancer au moment du diagnostic est fortement associé à la survie tant pour le cancer du côlon que pour le cancer du rectum[26,27]. Ainsi, l'accroissement de la détection précoce grâce aux programmes de dépistage pourrait avoir des répercussions considérables sur la survie à ces cancers dans la population.
- L'importante variabilité des TINA selon le stade au pays incite fortement à croire que les estimations régionales de la survie peuvent être mieux comprises si elles sont calculées en fonction du stade

FIGURE 4 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du côlon et le cancer du rectum, par stade au moment du diagnostic et par région géographique, chez les deux sexes, Canada*, 2011–2015†



TINA=taux d'incidence normalisé selon l'âge

* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les personnes âgées de 18 à 79 ans

‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

Remarque : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne de 18 à 79 ans en 2011.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

de cancer. Il faudra recueillir des données de stadification pendant plusieurs années pour pouvoir estimer la survie à cinq ans selon le stade de cancer, mais les estimations de 2010 à 2012 montrent que le taux de survie relative à deux ans pour le cancer colorectal de stade IV varie en fonction de la province, allant de 39 % en Colombie-Britannique à 24 % à l'Île-du-Prince-Édouard. En ce qui concerne le cancer de stade I, les écarts observés entre les provinces relativement au taux de survie relative à deux ans étaient moins importants, allant de 92 % en Nouvelle-Écosse à 98 % en Colombie-Britannique[12].

- Les estimations globales relatives à la survie nette à cinq ans présentées précédemment variaient peu d'une province à l'autre, allant de 60 % à 62 %, à l'exception de l'Ontario, où la survie nette à cinq ans était de 67 %[3]. Cependant, la distribution selon le stade n'était pas beaucoup plus favorable en Ontario que dans les provinces présentant une survie nette à cinq ans inférieure. Il semble donc que des facteurs autres que la distribution selon le stade de cancer, par exemple les différences liées au traitement ou à la collecte des données, contribuent aux variations de la survie nette à cinq ans dans l'ensemble du pays.

Cancer du sein chez la femme

Le cancer du sein occupe le troisième rang des cancers les plus diagnostiqués au Canada, représentant 13 % de tous les cancers. Il s'agit du cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les Canadiennes, représentant 25 % de tous les cancers touchant cette population. La présente section traite uniquement des cas de cancer du sein chez les femmes, étant donné que moins de 1 % des cancers du sein sont diagnostiqués chez des hommes.

Depuis quelques décennies, les taux d'incidence du cancer du sein fluctuent. Les raisons de la fluctuation restent à préciser, mais celle-ci est probablement due aux variations relatives à la participation au dépistage mammographique et aux modifications à long terme des facteurs hormonaux, par exemple l'âge précoce de la ménarche, l'allaitement, l'âge tardif de la ménopause, l'usage de contraceptifs oraux et les grossesses menées à terme à un âge tardif[28]. Par ailleurs, après avoir atteint un dernier sommet en 1986, le taux de mortalité par cancer du sein chez la femme a diminué d'au moins 44 %. Ce déclin s'explique probablement à la fois par le dépistage mammographique accru et l'utilisation de traitements plus efficaces à la suite d'une chirurgie pour un cancer du sein.

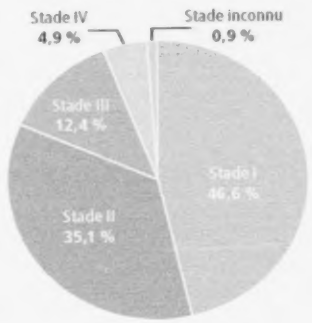
Le premier programme organisé de dépistage du cancer du sein au Canada a été mis en œuvre en 1988 (en Colombie-Britannique); depuis, des programmes ont été mis en œuvre dans l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavut. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande que les femmes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen se soumettent à une mammographie de dépistage tous les deux ou trois ans[29].

À l'heure actuelle, de façon globale, la survie nette à cinq ans chez les femmes atteintes d'un cancer du sein est relativement élevée, soit 87 %[3]. Cependant, la survie varie considérablement selon le stade, allant de 22 % pour les cancers de stade IV à près de 100 % pour les cancers de stade I[30].

Stades du cancer du sein chez la femme au Canada (à l'exception du Québec)

- Une plus grande proportion de cas de cancers du sein chez la femme ont été diagnostiqués au stade I (46,6 %) en comparaison des autres stades. Environ 5 % des cas ont été diagnostiqués au stade IV (figure 5). En moyenne au Canada (à l'exception du Québec), 7715 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du sein de stade I et 815 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du sein de stade IV, par année (tableau 4).
- Le pourcentage de cancers du sein diagnostiqués au stade IV augmentait de façon générale avec l'âge, allant de 4,8 % chez les femmes de 18 à 59 ans à 8,4 %, soit près du double, chez les femmes de 90 ans et plus (tableau 4). Les cancers du sein diagnostiqués chez les femmes plus jeunes (18 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans) étaient le plus souvent diagnostiqués au stade I, tandis que les cancers du sein diagnostiqués chez les femmes plus âgées étaient le plus souvent diagnostiqués au stade II. Le pourcentage de cancers de stade inconnu augmentait selon le groupe d'âge, allant d'environ 1 % chez les femmes de 18 à 69 ans à 16,5 % chez les femmes de 90 ans et plus.
- La distribution des cas de cancer du sein de stade précoce présentait très peu de variation d'une province à l'autre, le pourcentage de cas de stades I et II combinés allant de 80 % à 83 % (tableau 4). Le pourcentage était légèrement inférieur dans les territoires (78 %), mais ces estimations sont fondées sur un petit nombre de cas et sont donc plus susceptibles de présenter des variations.

FIGURE 5 Distribution en pourcentage des cas de cancer du sein, par stade au moment du diagnostic, femmes, Canada*, 2011–2015†



* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les femmes âgées de 18 à 79 ans

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

- La figure 6 montre les TINA selon le stade à l'échelle du pays. Les TINA du cancer du sein de stade I variaient de 70,3 pour 100 000 femmes en Ontario à 84,9 pour 100 000 femmes en Nouvelle-Écosse. Les TINA du cancer du sein de stade IV variaient d'une province à l'autre, allant de 7,1 pour 100 000 femmes en Ontario à 10,9 pour 100 000 femmes à Terre-Neuve-et-Labrador. En comparaison, les territoires ont enregistré un faible TINA tant pour le stade I (12,7 pour 100 000 femmes) que pour le stade IV (5,2 pour 100 000 femmes).

Interprétation

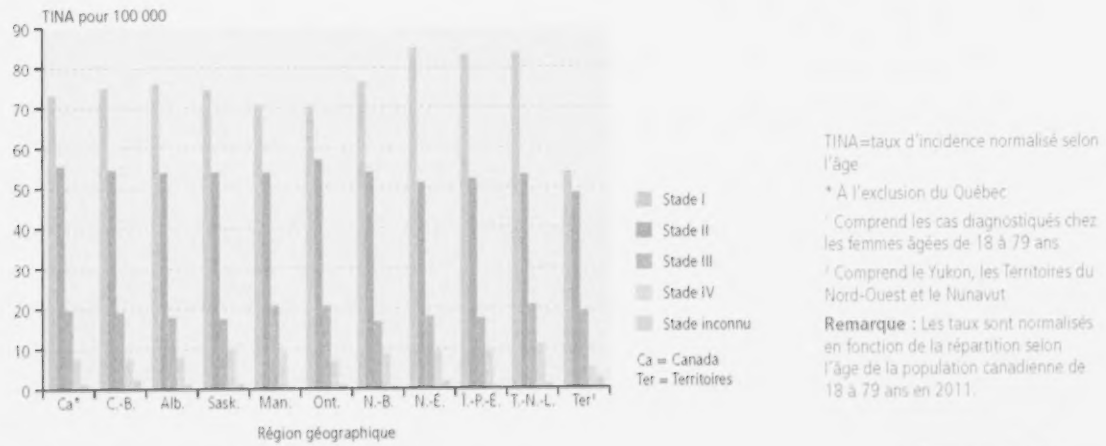
- Plus de 80 % de tous les cas de cancers du sein chez la femme ont été diagnostiqués au stade I ou II. Le pourcentage élevé de cas diagnostiqués à un stade précoce contribue à expliquer le taux relativement élevé de survie nette à cinq ans, soit 87 %[3]. Celui-ci découle probablement aussi de la détection précoce des cas par les programmes organisés de dépistage.
- Les variations géographiques du TINA selon le stade pourraient témoigner des différences dans les taux de participation au dépistage et les taux d'incidence à l'échelle du pays[3, 31]. Par exemple, certaines provinces (Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Alberta) qui présentaient des taux de participation plus élevés au dépistage mammographique affichaient également des TINA du cancer du sein de stade I parmi les plus élevés au pays[31].

Cancer du sein de stade 0

La majorité des cancers du sein de stade 0 sont des carcinomes canalaires in situ (CCIS). Bien que ces cancers soient non envahissants, les données qui s'y rapportent sont recueillies par les registres du cancer, parce qu'elles sont précieuses pour la surveillance et l'évaluation des activités de dépistage du cancer du sein. Le nombre de cas de cancer du sein de stade 0 consignés dans les registres du cancer est présenté dans les données supplémentaires en ligne (tableau S2).

- De façon globale, le taux de survie nette à cinq ans chez les femmes atteintes d'un cancer du sein varie de 84 % à l'Île-du-Prince-Édouard à 88 % en Colombie-Britannique, en Ontario et au Nouveau-Brunswick[3]. Il s'agit d'un écart relativement minime, mais la variation du TINA à l'échelle du pays semble indiquer que les estimations de la survie selon le stade permettront de mieux faire ressortir les différences liées à l'issue de la maladie entre les provinces et les territoires. Bien qu'ils ne soient pas définitifs, les résultats présentés ici montrent que, de façon générale, les provinces ayant les pourcentages les plus faibles de cancers de stade IV affichaient les taux de survie les plus élevés.

FIGURE 6 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du sein, par stade au moment du diagnostic et par région géographique, femmes, Canada*, 2011–2015†



TINA=taux d'incidence normalisé selon l'âge

* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les femmes âgées de 18 à 79 ans

‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

Remarque : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne de 18 à 79 ans en 2011.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

visualiser les données

Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les hommes au Canada, avec un nombre estimé de 21 300 nouveaux cas en 2017[3]. Les tendances relatives à l'incidence du cancer de la prostate au Canada ont depuis toujours été associées à l'intensification du dépistage opportuniste dans la population au moyen du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)[32, 33]. Les taux d'incidence du cancer de la prostate ont culminé à deux reprises au cours des dernières décennies. Le dernier sommet observé remonte au début des années 2000, et par la suite, les taux d'incidence ont diminué de façon constante. Entre 2007 et 2013, les TINA du cancer de la prostate ont chuté d'environ 5,3 % par année.

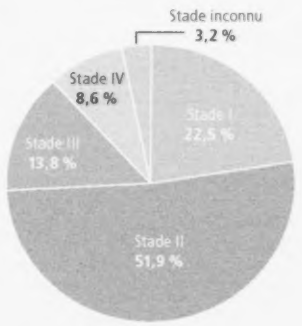
D'après les données antérieures (2010 à 2013), les estimations relatives au dépistage par dosage de l'APS sont disponibles pour cinq provinces et territoires par le biais de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes[34]. Dans l'ensemble des provinces, on estime qu'entre 41 % et 53 % des hommes de 35 ans et plus ont déclaré avoir déjà subi un dosage de l'APS. Les estimations étaient moins élevées dans les territoires, où de 22 % à 32 % des hommes ont déclaré avoir déjà subi un dosage de l'APS. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande de ne pas procéder au dépistage du cancer de la prostate chez les hommes au moyen du dosage de l'APS[35].

Au Canada, le taux de survie nette à cinq ans au cancer de la prostate est de 95 %, soit l'un des plus élevés parmi tous les cancers[3]. Aux États-Unis (où la survie à cinq ans avoisine 97 %), les estimations indiquent que la survie au cancer de la prostate de stade précoce est de près de 100 %. En revanche, ce taux est beaucoup plus faible pour les cancers qui présentent des métastases à distance (stade IV) au moment du diagnostic (29 %)[36].

Stades du cancer de la prostate au Canada (à l'exception du Québec)

- Au Canada, près de trois cas de cancer de la prostate sur quatre sont diagnostiqués à un stade précoce, dont 22,5 % sont diagnostiqués au stade I et 51,9 % au stade II (figure 7). Près de 9 % des cancers de la prostate ont été diagnostiqués au stade IV (tableau 5), ce qui représente en moyenne 1187 diagnostics de cancer de stade IV par année (tableau 5).
- La distribution des cas de cancer de la prostate selon le stade variait en fonction du groupe d'âge (tableau 5). Le pourcentage de cas de stade I diminuait avec l'âge, passant de 27,9 % chez les hommes de 18 à 25 ans à 6,9 % chez les hommes de 90 ans et plus. En revanche, le pourcentage de cas de stade IV augmentait avec l'âge, passant de 6,8 % à 37,1 %, respectivement, chez les hommes de ces deux groupes d'âge. La proportion des cas de stade inconnu augmentait également en fonction de l'âge à un point tel que près du quart (23,3 %) des cas diagnostiqués chez les hommes de plus de 90 ans ont été enregistrés comme étant de « stade inconnu ».
- La distribution des cas de cancer de la prostate selon le stade présentait des variations d'une province et d'un territoire à l'autre (tableau 5). Le pourcentage de cas de stade I était le plus élevé à l'Île-du-Prince-Édouard (44,9 %) et au Nouveau-Brunswick (35,9 %). Le pourcentage de cas de stade IV était quant à lui le plus élevé en Saskatchewan (11,1 %), au Manitoba (13,4 %) et dans les territoires (14,3 %).

FIGURE 7 Distribution en pourcentage des cas de cancer de la prostate, par stade au moment du diagnostic, hommes, Canada*, 2011–2015†



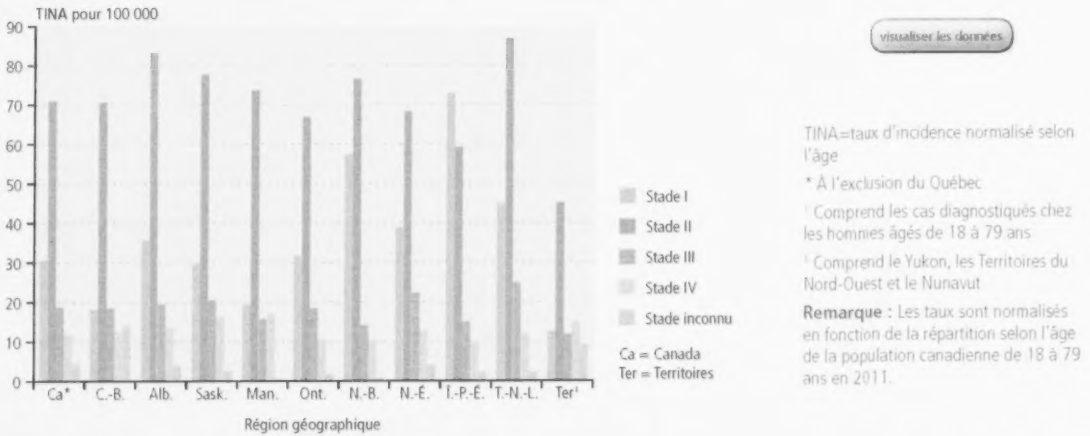
* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les hommes âgés de 18 à 79 ans

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source de données : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

- Les taux d'incidence selon le stade présentés à la figure 8 mettent en évidence les variations du TINA selon le stade dans l'ensemble du pays. Dans la plupart des régions, le TINA du cancer de stade II est beaucoup plus élevé que le TINA du cancer de stade I, mais à l'Île-du-Prince-Édouard, le phénomène inverse est observé.
- Les tendances géographiques relatives à la distribution en pourcentage des cas de cancer de la prostate de stade IV (tableau 5) étaient semblables aux tendances géographiques relatives à l'incidence selon le stade (figure 8). Par exemple, le Manitoba, la Saskatchewan et les territoires présentaient également les TINA du cancer de la prostate de stade IV les plus élevés.

FIGURE 8 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer de la prostate, par stade au moment du diagnostic et par région géographique, hommes, Canada*, 2011–2015†



TINA=taux d'incidence normalisé selon l'âge

* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les hommes âgés de 18 à 79 ans

‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

Remarque : Les taux sont normalisés en fonction de la répartition selon l'âge de la population canadienne de 18 à 79 ans en 2011.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

Interprétation

- Le pourcentage élevé (74 %) de cancers de la prostate de stade précoce explique pourquoi les estimations de la survie nette à cinq ans sont plus élevées pour le cancer de la prostate (95 %) que pour de nombreux autres types de cancer[3]. Le taux élevé de survie au cancer de la prostate de stade précoce (près de 100 %[36]) semble indiquer qu'il y aurait un surdiagnostic de la maladie.
- Dans l'ensemble du Canada, les estimations de la survie nette à cinq ans varient de 89 % au Manitoba à 96 % en Ontario[3]. Cela semble correspondre au TINA des tumeurs de stade IV, étant donné que le Manitoba présente l'un des TINA les plus élevés et l'Ontario, l'un des TINA les plus bas, mais ces différences pourraient ne pas être statistiquement significatives. À l'avenir, l'utilisation des données sur le stade pour produire des statistiques sur la survie selon le stade, de façon globale et par province et territoire, permettra d'obtenir une meilleure idée des différences relatives à l'issue du cancer de la prostate au pays.
- Les variations de la distribution en pourcentage et des taux d'incidence des tumeurs de stade précoce en fonction de la région géographique pourraient découler de différences continues dans le recours au dépistage opportuniste par dosage de l'APS d'une province et d'un territoire à l'autre. Il sera important de surveiller les tendances relatives aux taux d'incidence selon le stade pour être à l'affût de tout changement découlant des récentes recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, qui s'est prononcé contre l'utilisation du dosage de l'APS comme outil de dépistage chez les hommes présentant un risque moyen[35]. Selon des données récentes du Registre canadien du cancer (accessibles dans le tableau CANSIM 103-0554), les taux d'incidence du cancer de la prostate seraient en baisse au Canada à la suite de cette recommandation, mais aucune analyse officielle n'a été réalisée. Les données relatives au stade permettront d'appuyer des évaluations plus approfondies de l'évolution des tendances relatives au taux d'incidence.

Cancer du col de l'utérus

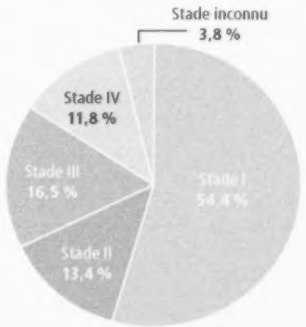
On estimait que 1550 cas de cancer du col de l'utérus seraient diagnostiqués au Canada en 2017, ce qui en ferait le 13e cancer diagnostiqué chez les Canadiennes[3]. Le TINA a diminué de façon marquée au Canada depuis les années 1980, en grande partie grâce au succès des programmes organisés de dépistage du cancer du col de l'utérus. Entre 2009 et 2013, le TINA du cancer du col de l'utérus a continué de chuter de 3 % en moyenne par année.

Le taux de survie nette à cinq ans pour le cancer du col de l'utérus est d'environ 73 % au Canada. Aux États-Unis (où le taux de survie nette à cinq ans est d'environ 63 %), les estimations indiquent que le taux de survie est beaucoup plus élevé pour les cancers localisés (86 %) que pour les cancers présentant une extension régionale (56 %); le taux de survie chez les patientes présentant des métastases à distance est très faible (17 %)[37].

Stades du cancer du col de l'utérus au Canada (à l'exception du Québec et du Nouveau-Brunswick)

- La majorité (54,4 %) des cancers du col de l'utérus au Canada ont été diagnostiqués au stade I, tandis que 11,8 % l'ont été au stade IV (figure 9). Le pourcentage de nouveaux cas enregistrés à un stade inconnu était relativement faible pour le cancer du col de l'utérus, se situant à 3,8 % pour toutes les régions combinées.
- En moyenne, au moins 114 cas de cancer du col de l'utérus ont été diagnostiqués au stade IV chaque année au Canada (tableau 6). Comme ce nombre ne comprend pas les données du Québec et du Nouveau-Brunswick, le nombre réel à l'échelle nationale devrait être plus élevé.
- Le pourcentage de cas diagnostiqués au stade I diminuait avec l'âge (tableau 6). Chez les femmes de 18 à 24 ans, 78,6 % des cas ont été diagnostiqués au stade I; ce pourcentage chutait à 26,6 % chez les femmes de 70 ans et plus. La proportion de cas de stade IV augmentait avec l'âge, passant de 0,0 % chez les femmes les plus jeunes à 22,6 % chez les plus âgées.
- Des variations ont été observées dans la distribution des stades selon la région géographique (tableau 6). Ces variations sont probablement attribuables, du moins en partie, au faible nombre de cas enregistrés dans certaines régions (en particulier les territoires et l'Île-du-Prince-Édouard) et au pourcentage élevé de cas de stade inconnu en Alberta (12,8 %) et à Terre-Neuve-et-Labrador (7,1 %). Cependant, des variations relatives à la distribution des stades ont aussi été observées entre les autres provinces. Par exemple, le pourcentage de diagnostics de cancers de stade IV était près de deux fois plus élevé en Saskatchewan (16,7 %) qu'au Manitoba (8,7 %).

FIGURE 9 Distribution en pourcentage des cas de cancer du col de l'utérus par stade, femmes, Canada*, 2011–2015†



* À l'exclusion du Québec et du Nouveau-Brunswick

† Comprend les cas diagnostiqués chez les femmes âgées de 18 à 79 ans

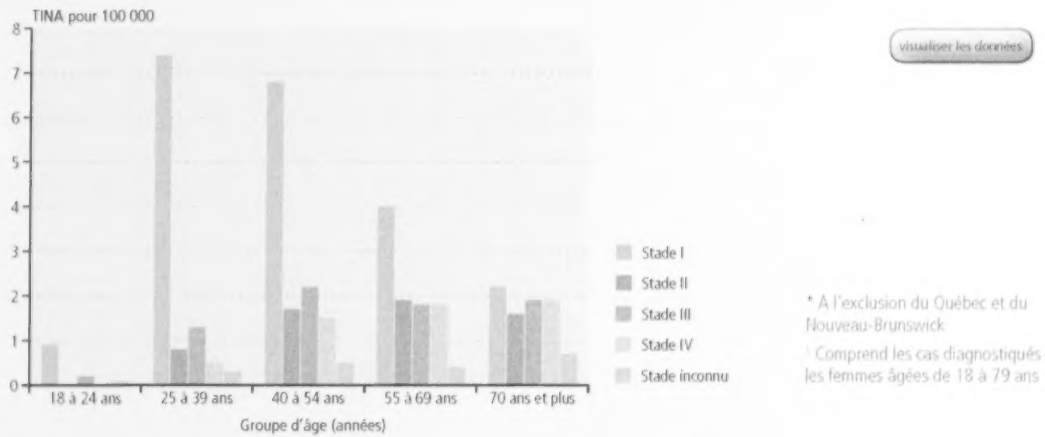
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

- Pour chaque groupe d'âge, les taux d'incidence des cancers de stade I étaient considérablement plus élevés que pour tout autre stade. Ces taux d'incidence étaient particulièrement élevés chez les femmes de 25 à 39 ans (7,4 pour 100 000) et de 40 à 54 ans (6,8 pour 100 000) (figure 10). Parmi les cancers de stade IV, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés chez les femmes de 55 ans et plus.

Interprétation

- Plus de 70 % des cancers du col de l'utérus chez les femmes de 18 à 39 ans ont été diagnostiqués au stade I. Cette situation est en grande partie attribuable à la détection dans le cadre des programmes organisés de dépistage du cancer du col de l'utérus, qui sont généralement offerts à partir de 21 ou 25 ans, selon la province ou le territoire.
- De façon générale, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus dépasse 60 %[38], ce qui est plus élevé que la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal[31, 39]. Cependant, 12 % des cancers du col de l'utérus sont toujours diagnostiqués au stade IV, et environ 1 cas de cancer du col de l'utérus sur 5 est de stade IV chez les femmes de plus de 55 ans. Cela pourrait contribuer à expliquer pourquoi le taux de survie au cancer du col de l'utérus n'est que de 73 %[3].
- Au cours des dernières décennies, la surveillance des répercussions des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada a été en grande partie assurée par l'examen des tendances relatives aux taux d'incidence et aux taux de mortalité. Les baisses marquées de ces taux témoignent de l'efficacité du dépistage sur l'issue du cancer du col de l'utérus[3]. À l'avenir, à mesure que les stratégies de dépistage et de prévention du cancer du col de l'utérus seront améliorées grâce aux nouvelles technologies (p. ex. le test de dépistage de l'ADN du virus du papillome humain [VPH] et la vaccination contre le VPH) et à la modification des pratiques de dépistage recommandées, la disponibilité des données de stadification du cancer permettra d'évaluer plus rapidement et de façon plus précise les efforts déployés en matière de dépistage et de détection précoce.

FIGURE 10 Taux d'incidence normalisés selon l'âge pour le cancer du col de l'utérus par stade, femmes, Canada*, 2011–2015†



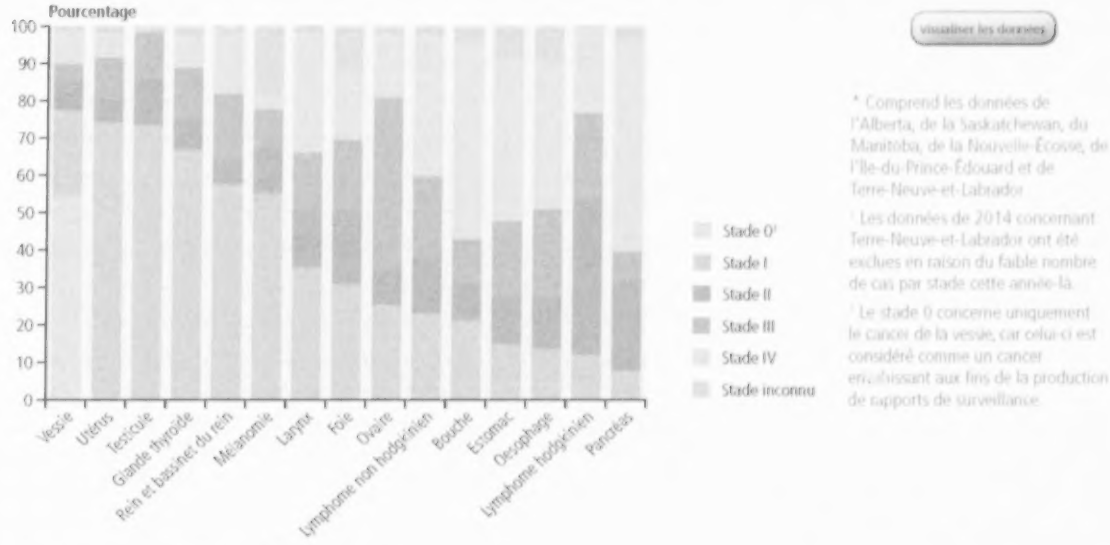
Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

Autres cancers

L'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador recueillent systématiquement des renseignements sur la stadification d'au moins 15 autres cancers (tableau 1). Les données supplémentaires en ligne fournissent le nombre de cas pour chaque stade (tableau S2), la distribution en pourcentage des stades (tableau S4) et les taux normalisés selon l'âge pour chacun des stades (tableau S5) de ces cancers en fonction de la province. La présente section renferme des faits saillants sélectionnés concernant ces données.

- Des variations considérables ont été relevées en ce qui concerne la distribution par stade selon le type de cancer (figure 11). Il y a une proportion élevée de diagnostics de stade IV pour plusieurs types de cancer, notamment les cancers du pancréas (56,7 %), de la bouche (52,7 %), de l'estomac (43,5 %) et de l'œsophage (39,9 %). La situation est tout autre pour d'autres types de cancers, comme le mélanome (3,9 %), ainsi que les cancers de l'utérus (6,6 %), de la glande thyroïde (8,8 %) et de la vessie (9,1 %), pour lesquels un pourcentage beaucoup moins élevé de cas a été diagnostiqué à ce stade avancé. Un pourcentage élevé (> 65 %) de cancers de la glande thyroïde, du testicule, de l'utérus et de la vessie a été diagnostiqué au stade I (comprend le stade 0 dans le cas du cancer de la vessie). Ces valeurs contrastent avec celles d'autres types de cancer, comme les cancers du pancréas et de l'œsophage, qui sont rarement diagnostiqués au stade I.
- Des tendances intéressantes ont été relevées en ce qui concerne la distribution des stades de cancer dans chaque province (voir les données supplémentaires en ligne, tableau S4). Par exemple, le pourcentage de cancers de la bouche de stade I variait de 14,6 % (en Alberta) à 33,6 % (au Manitoba); le pourcentage de cancers de la glande thyroïde de stade I variait de 55,6 % (Île-du-Prince-Édouard) à 70,4 % (Terre-Neuve-et-Labrador); le pourcentage de cancers de l'ovaire de stade IV variait de 14,1 % (Nouvelle-Écosse) à 24,2 % (Saskatchewan). Par contre, la distribution des stades de certains cancers, comme le cancer du pancréas et le cancer de l'utérus, était très similaire d'une province à l'autre. Les données supplémentaires en ligne fournissent également les taux normalisés selon l'âge (tableau S5) et le nombre de cas (tableau S3) par province.
- En règle générale, les cancers qui se forment dans les tissus ou les organes susceptibles de présenter des signes visibles ou des symptômes précoces (comme la peau, la glande thyroïde, le testicule ou la vessie) sont plus souvent diagnostiqués à un stade précoce. À l'opposé, les cancers qui se développent dans des organes internes sans forcément entraîner de signes visibles ou de symptômes précoces (comme le pancréas, l'estomac ou l'œsophage) sont plus susceptibles d'être diagnostiqués à un stade avancé.

FIGURE 11 Distribution en pourcentage des stades de cancer au moment du diagnostic, certains cancers, Canada*, 2011–2015†



* Comprend les données de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador.

† Les données de 2014 concernant Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues en raison du faible nombre de cas par stade cette année-là.

‡ Le stade 0 concerne uniquement le cancer de la vessie, car celui-ci est considéré comme un cancer envahissant aux fins de la production de rapports de surveillance.

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

- Comme pour les cinq cancers dont il a été question précédemment dans le présent rapport, les cancers plus couramment diagnostiqués à un stade avancé (comme les cancers de l'œsophage, du foie, de l'estomac et du pancréas) présentaient certains des plus faibles taux estimés de survie nette à cinq ans (allant de 8 % à 25 % pour ces quatre types de cancer)[9]. Par contre, la survie nette à cinq ans était de 88 % dans le cas du mélanome, qui est généralement diagnostiqué à un stade précoce. Bien que le stade du cancer au moment du diagnostic ne soit pas le seul facteur qui influence la survie, on observe très souvent un plus faible taux de survie pour les cancers diagnostiqués à un stade avancé.
- Parmi ces 15 cancers, certains comptent un pourcentage élevé de cas de stade inconnu, que ce soit dans une ou plusieurs régions, comparativement aux quatre types de cancer les plus fréquents décrits précédemment. Cela pourrait témoigner des difficultés auxquelles font face les registres du cancer pour recueillir ces renseignements, comme l'accès aux rapports médicaux ou aux sources de données nécessaires pour déterminer le stade de façon précise au moment du diagnostic.

Quelles sont les prochaines étapes?

Le présent rapport donne un aperçu des cas de cancer selon le stade au moment du diagnostic dans neuf provinces et trois territoires au Canada. Sa publication, qui se fonde sur les renseignements généralement déclarés dans les *Statistiques canadiennes sur le cancer* au sujet de l'incidence du cancer, jette ainsi un nouvel éclairage sur le fardeau du cancer au Canada. À mesure que d'autres données sur la stadification seront recueillies au fil des ans et seront déclarées dans le Registre canadien du cancer (RCC), les données pourront contribuer de bien d'autres façons à la surveillance et à l'évaluation du cancer, ainsi qu'à la lutte contre le cancer au Canada. Par exemple :

- L'estimation des taux de survie selon le stade donnera la possibilité de comparer les issues des cancers diagnostiqués dans différentes régions au pays. Ces renseignements peuvent être utilisés pour évaluer dans quelle mesure les variations relatives à la survie entre les provinces et les territoires sont influencées par les différences liées au dépistage et à la détection précoce, par l'efficacité du traitement, ou par ces deux facteurs.
- La surveillance des variations liées à la distribution des stades et aux taux d'incidence selon le stade au fil du temps sera importante pour évaluer les répercussions des nouveaux programmes de dépistage, notamment le dépistage du cancer colorectal et probablement du cancer du poumon. Cette surveillance permettra aussi d'évaluer les répercussions des nouvelles recommandations liées au dosage de l'APS sur l'incidence du cancer de la prostate, ainsi que les répercussions de la vaccination contre le VPH sur l'incidence du cancer du col de l'utérus.
- De plus, on prévoit que les données du Québec figureront dans le RCC au cours des prochaines années, ce qui permettra de dresser un tableau plus complet des stades du cancer au pays.

Les statistiques sur les stades du cancer sont importantes pour décrire le fardeau du cancer au Canada. Les résultats du présent rapport peuvent être utilisés de nombreuses façons, y compris par les planificateurs des soins de santé pour l'affectation des ressources, par les chercheurs pour la définition des priorités de recherche, et par les professionnels de la santé pour comprendre et communiquer les renseignements sur le fardeau du cancer au Canada. À l'avenir, les données sur la stadification du cancer fourniront des renseignements supplémentaires sur les initiatives de lutte contre le cancer à l'échelle des populations et les répercussions connexes.

Références

1. Brierley JD, Singley JR, Yurcan M, Li B, Rahal R, Ross L, et al. The value of collecting population-based cancer stage data to support decision-making at organizational, regional and population levels. Healthcare Quarterly. 2013;16(3):27–33.
2. Walters S, Maringe C, Butler J, Brierley JD, Rachet B, Coleman MP. Comparability of stage data in cancer registries in six countries: lessons from the International Cancer Benchmarking Partnership. International Journal of Cancer. 2013;132(3):676–85.
3. Comité consultatif des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer [Internet]. Statistiques canadiennes sur le cancer 2017. Toronto, Société canadienne du cancer; 2017. Disponible à l'adresse : http://www.cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR (consulté en avril 2018).
4. Partenariat canadien contre le cancer. Le stade du cancer dans la mesure du rendement : un premier coup d'oeil – Rapport cible sur le rendement du système. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2015.
5. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2009. Toronto, Société canadienne du cancer; 2009.
6. Statistique Canada [Internet]. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2013. Ottawa, Santé Canada; 2015. Disponible à l'adresse : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-sommaire-2013.html (consulté en avril 2018).
7. American Cancer Society [Internet]. Non-small cell lung cancer survival rates, by stage. Atlanta: American Cancer Society; 2017. Disponible à l'adresse : https://www.cancer.org/cancer/non-small-cell-lung-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html (consulté en avril 2018).
8. American Cancer Society [Internet]. Small cell lung cancer survival rates, by stage. Atlanta: American Cancer Society; 2016. Disponible à l'adresse : https://www.cancer.org/cancer/small-cell-lung-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html (consulté en avril 2018).
9. Richards TB, Henley SJ, Puckett MC, Wu HK, Huang B, Tucker TC, et al. Lung cancer survival in the United States by race and stage (2001–2009): findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017;123 Suppl 24:5079–99.
10. Lewin G, Morissette K, Dickinson J, Bell N, Bacchus M, Singh H, et al. Recommendations on screening for lung cancer. Canadian Medical Association Journal. 2016;188(6):425–32.
11. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Dépistage du cancer du poumon au Canada – Analyse de l'environnement. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2017. Disponible à l'adresse : https://www.cancercare.ca/fr/prevention_et_depistage/depistage_du_cancer_du_poumon_au_canada (consulté en avril 2018).
12. Chadder J, Dewar R, Shack L, Nishri D, Niu J, Lockwood G. A first look at relative survival by stage for colorectal and lung cancers in Canada. Current Oncology. 2016;23(2):119–24.
13. Perme MP, Stare J, Estève J. On estimation in relative survival. Biometrics. 2012;68(1):113–20.
14. Austin H, Henley SJ, King J, Richardson LC, Eheman C. Changes in colorectal cancer incidence rates in young and older adults in the United States: what does it tell us about screening. Cancer Causes & Control. 2014;25(2):191–201.
15. Patel P, De P. Trends in colorectal cancer incidence and related lifestyle risk factors in 15–49-year-olds in Canada, 1969–2010. Cancer Epidemiology. 2016;42:90–100.
16. American Cancer Society [Internet]. Survival Rates for Colorectal Cancer, by Stage. American Cancer Society; 2018. Disponible à l'adresse : https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html (consulté en avril 2018).
17. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. The American Journal of Gastroenterology. 2008;103(6):1541–9.
18. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. The New England Journal of Medicine. 2012;366(25):2345–57.

19. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer colorectal au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité – Rapport des résultats de janvier 2013 à décembre 2014. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2017.
20. Brenner H, Tarnen L, Ulrich A, Chang-Claude J, Hoffmeister M. Survival of patients with symptom- and screening-detected colorectal cancer. Oncotarget. 2016;7(28):44695–704.
21. Lindebjerg J, Osler M, Bisgaard C. Colorectal cancers detected through screening are associated with lower stages and improved survival. Danish Medical Journal. 2014;61(1):A4758.
22. Parente F, Vailati C, Bozzo C, Bonoldi E, Ardizzoia A, Ilardo A, et al. Improved 5-year survival of patients with immunochemical faecal blood test-screen-detected colorectal cancer versus non-screening cancers in northern Italy. Digestive and Liver Disease. 2015;47(1):68–72.
23. Wada I, Saito H, Soma Y, Koeda J, Kawaguchi H, Tanaka M, et al. Survival benefit for patients with colorectal cancer detected by population-based screening program using an immunochemical fecal occult blood test. International Journal of Oncology. 1998;(94):685–91.
24. Wei EK, Giovannucci E, Wu K, Rosner B, Fuchs CS, Willett WC, et al. Comparison of risk factors for colon and rectal cancer. International Journal of Cancer. 2004;108(3):433–42.
25. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Dépistage du cancer colorectal au Canada – Analyse de l'environnement. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2017. Disponible à l'adresse : http://www.cancerview.ca/fr/prevention_et_depistage/depistage_du_cancer_colorectal_au_canada (consulté en avril 2018).
26. White A, Joseph D, Rim SH, Johnson CJ, Coleman MP, Allemani C. Colon cancer survival in the United States by race and stage (2001–2009): findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017;123 Suppl 24:5014–36.
27. Joseph DA, Johnson CJ, White A, Wu M, Coleman MP. Rectal cancer survival in the United States by race and stage, 2001 to 2009: findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017;123 Suppl 24:5037–58.
28. Holford TR, Cronin KA, Mariotto AB, Feuer EJ. Changing patterns in breast cancer incidence trends. Journal of the National Cancer Institute Monographs. 2006;36:19–25.
29. Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, Dickinson J, Singh H, Lewin G, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. Canadian Medical Association Journal. 2011;183(17):1991–2001.
30. American Cancer Society [Internet]. Breast cancer survival rates. Atlanta: American Cancer Society; 2017. Disponible à l'adresse : https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html (consulté en avril 2018).
31. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Dépistage du cancer du sein au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – Rapport des résultats de janvier 2011 à décembre 2012. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2017. Disponible à l'adresse : https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening/screening_and_early_diagnosis/documents/breast_cancer_screening_canada_monitoring_evaluating_report_2011_12_1?attachment=0 (consulté en avril 2018).
32. Coldman AJ, Phillips N, Pickles TA. Trends in prostate cancer incidence and mortality: an analysis of mortality change by screening intensity. Canadian Medical Association Journal. 2003;168(1):31–5.
33. Levy Ks, Iscoe NA, Klotz LH. Prostate cancer: 1. The descriptive epidemiology in Canada. Canadian Medical Association Journal. 1998;159(5):509–13.
34. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Utilisation du test de l'APS. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : http://gateway-information.ca/fr/ressources-de-la-lutte-contre-le-cancer/depistage/utilisation-du-test-de-laps/ (consulté en avril 2018).
35. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. Canadian Medical Association Journal. 2014;186(16):1225–34.
36. Steele CB, Li J, Huang B, Weir HK. Prostate cancer survival in the United States by race and stage (2001–2009): findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017;123 Suppl 24:5160–77.
37. Benard VB, Watson M, Saraiya M, Harewood R, Townsend JS, Stroup AM, et al. Cervical cancer survival in the United States by race and stage (2001-2009): Findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017;123 Suppl 24:5119-37.
38. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de qualité – Rapports sur les résultats de janvier 2011 à décembre 2013. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2016. Disponible à l'adresse : https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening/cvc_site/page/documents/cervical_cancer_screening_monitoring_and_evaluation_report_2011_13_1?attachment=0 (consulté en avril 2018).
39. Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. Dépistage du cancer colorectal au Canada : Surveillance et évaluation des indicateurs de la qualité – Rapport des résultats de janvier 2013 à décembre 2014. Toronto, Partenariat canadien contre le cancer; 2017. Disponible à l'adresse : https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening/screening_and_early_diagnosis/documents/colorectal_cancer_screening_canada_monitoring_evaluating_report_2013_1?attachment=0 (consulté en avril 2018).

TABLEAU 1 Pourcentage de cas de certains cancers pour lesquels il existe des données sur le stade, par région géographique, Canada,* 2011–2015

	Canada*	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	Territoires†
Quatre cancers les plus fréquents‡	93,1	99,8	100,0	100,0	100,0	86,3	—	99,1	99,9	100,0	99,9	95,7
Poumon et bronches§	94,4	99,9	100,0	100,0	100,0	88,9	—	99,9	100,0	100,0	99,8	94,9
CPNPC	94,1	99,8	100,0	100,0	100,0	88,3	—	99,9	100,0	100,0	99,9	95,0
CPPC	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0	94,0	—	100,0	100,0	100,0	99,7	94,1
Colorectal	94,7	99,4	100,0	100,0	100,0	89,4	—	96,3	100,0	100,0	99,9	94,6
Côlon	94,3	99,2	100,0	100,0	100,0	88,9	—	96,0	100,0	100,0	99,9	94,2
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	95,4	99,9	100,0	100,0	99,9	90,4	—	97,0	99,9	100,0	100,0	95,3
Sein**	89,5	99,9	100,0	100,0	100,0	80,0	—	99,9	99,9	100,0	100,0	96,7
Sein chez la femme	89,5	99,9	100,0	100,0	100,0	80,0	—	99,9	99,9	100,0	100,0	96,7
Prostate	94,7	99,9	100,0	100,0	100,0	89,3	—	100,0	99,9	100,0	99,9	97,3
Vessie**	25,4	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	99,3	100,0	77,9	25,9
Lymphome non hodgkinien	24,4	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	99,8	100,0	86,4	42,1
Utérus (corps, SAI)	55,0	0,0	100,0	100,0	100,0	51,2	—	0,0	99,9	100,0	99,8	57,1
Mélanome	44,3	0,0	100,0	100,0	100,0	36,2	—	0,0	99,7	100,0	99,4	51,6
Glande thyroïde	44,6	0,0	100,0	100,0	100,0	35,0	—	0,0	99,7	100,0	99,2	42,9
Rein et bassinet du rein	31,6	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	94,8	58,9
Pancréas	28,6	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	92,8	44,4
Bouche	25,6	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	80,5	35,6
Estomac	24,9	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	84,8	48,9
Ovaire	47,7	0,0	100,0	100,0	100,0	41,9	—	0,0	100,0	100,0	98,1	46,2
Foie	21,7	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	87,2	30,4
Oesophage	27,4	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	79,5	37,0
Col de l'utérus	93,9	99,2	100,0	100,0	100,0	93,1	—	0,0	100,0	100,0	100,0	76,2
Larynx	27,1	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	99,5	100,0	95,8	62,5
Testicule	30,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	100,0	52,2
Lymphome hodgkinien	28,3	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	—	0,0	100,0	100,0	80,4	X

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

CPNPC=cancer du poumon non à petites cellules; CPPC=cancer du poumon à petites cellules; SAI=sans autre indication

— Sans objet

X Données supprimées en raison du petit nombre de cellules (1–4)

* À l'exclusion du Québec; comprend les cas diagnostiqués chez les personnes de 18 ans et plus

† Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

‡ Comprend le cancer du poumon et des bronches, le cancer colorectal, le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate

§ Comprend les cas regroupés sous le stade « occulte »

** Comprend les cas *in situ*

Remarque : Les cas pour lesquels la mention « s. o. » a été attribuée selon l'algorithme de stadification concertée (décrit dans la 7e édition de l'AJCC Cancer Staging Manual) sont exclus des calculs.

TABLEAU 2 Distribution en pourcentage des stades de cancer du poumon, par tranche d'âge, par sexe et par région géographique, Canada*, 2011–2015

	Cancer du poumon et des bronches					Cancer du poumon non à petites cellules					Cancer du poumon à petites cellules				
	Stade					Stade					Stade				
	I	II	III	IV	Inconnu	I	II	III	IV	Inconnu	I	II	III	IV	Inconnu
Canada*†	20,7	8,4	19,7	49,6	1,6	23,1	9,1	19,0	47,1	1,7	3,5	3,4	24,9	67,4	0,9
C.-B.	18,0	8,1	20,5	49,1	4,4	19,8	8,6	19,6	47,3	4,6	2,7	3,5	27,9	63,6	2,3
Alb.	20,2	8,6	17,9	52,4	1,0	22,4	9,3	17,1	50,1	1,0	5,1	3,2	23,5	67,7	0,5
Sask.	16,2	6,5	19,4	56,7	1,2	18,7	7,4	19,1	53,5	1,4	1,2	2,3	20,9	74,4	1,2
Man.	22,2	9,1	19,2	48,9	0,6	24,6	9,5	18,3	47,0	0,6	4,7	4,7	25,9	63,5	1,2
Ont.	21,4	8,6	19,9	49,1	0,9	23,9	9,3	19,2	46,6	1,0	3,5	3,1	25,4	67,7	0,4
Qc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
N.-B.	25,7	9,7	20,5	43,5	0,5	29,2	10,4	19,7	40,2	0,4	1,3	5,2	26,0	66,2	0,0
N.-É.	22,7	8,0	17,4	50,4	1,4	25,5	8,8	17,2	46,9	1,6	3,0	4,0	18,2	74,7	0,0
Î.-P.-É.	17,6	8,3	24,1	49,1	0,9	20,2	8,5	23,4	46,8	1,1	6,3	6,3	25,0	62,5	0,0
T.-N.-L.	22,1	8,5	21,1	46,8	1,5	25,1	9,3	20,3	43,6	1,8	5,4	3,6	25,0	64,3	1,8
Territoires[‡]	13,0	10,9	30,4	43,5	2,2	14,6	12,2	29,3	41,5	2,4	14,3	0,0	28,6	57,1	0,0
Sexe†															
Hommes	17,8	8,4	20,0	52,0	1,8	19,8	9,1	19,7	49,5	1,9	3,0	3,2	22,0	70,8	1,0
Femmes	23,7	8,5	19,4	47,1	1,4	26,5	9,2	18,3	44,6	1,4	4,0	3,7	27,7	64,0	0,7
Âge															
18–59	17,7	7,0	19,7	54,5	1,1	20,1	7,8	18,6	52,4	1,1	2,4	2,7	26,1	67,9	0,8
60–69	20,4	8,4	20,1	49,9	1,3	23,0	9,1	19,3	47,2	1,3	2,8	3,4	25,2	67,9	0,8
70–79	22,5	9,1	19,4	47,0	2,0	24,6	9,7	18,8	44,6	2,2	5,0	3,9	23,7	66,4	1,1
80–89	19,3	8,0	18,4	50,2	4,1	20,3	8,4	18,2	48,8	4,3	5,6	4,3	21,0	67,4	1,7
90+	12,9	6,2	13,4	58,7	8,8	13,0	6,4	13,3	58,2	9,1	8,3	0,0	25,0	66,7	0,0
Nombre annuel moyen†§	2 856	1 163	2 712	6 823	214	2 797	1 106	2 297	5 698	200	58	56	416	1 126	15

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

— Sans objet
* À l'exclusion du Québec
† Comprend les cas diagnostiqués chez les personnes de 18 à 79 ans
‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut
§ Calcul fondé sur le nombre moyen de cas diagnostiqués à chaque stade au Canada (à l'exclusion du Québec) de 2011 à 2015

TABLEAU 3 Distribution en pourcentage des stades de cancer colorectal, par sous-type, par tranche d'âge, par sexe et par région géographique, Canada*, 2011–2015

	Cancer colorectal					Cancer du côlon					Cancer du rectum				
	Stade					Stade					Stade				
	I	II	III	IV	Inconnu	I	II	III	IV	Inconnu	I	II	III	IV	Inconnu
Canada[*†]	23,5	23,6	29,1	19,9	3,8	23,5	26,4	26,4	20,9	2,8	23,5	18,7	34,1	18,3	5,6
C.-B.	20,0	22,7	28,3	19,1	10,0	21,1	24,5	25,7	20,5	8,1	18,0	19,5	32,7	16,6	13,3
Alb.	25,1	21,8	28,6	22,0	2,6	25,1	24,9	24,5	23,6	1,9	24,9	17,1	35,0	19,2	3,7
Sask.	26,7	23,9	25,8	20,3	3,3	27,6	26,8	22,5	21,0	2,1	25,0	18,6	31,9	19,1	5,4
Man.	22,6	22,3	32,1	21,0	2,1	22,3	28,1	28,1	20,2	1,3	22,6	13,7	38,7	21,8	3,2
Ont.	24,3	24,2	29,9	19,3	2,3	23,6	27,0	27,7	20,1	1,6	25,5	19,0	34,0	17,8	3,7
Qc	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
N.-B.	22,6	26,3	26,7	21,9	2,5	21,7	27,8	25,3	23,5	1,8	24,2	22,9	29,3	19,7	3,8
N.-É.	25,0	24,0	27,8	21,2	2,0	25,7	26,8	24,2	22,1	1,2	23,9	18,5	34,7	19,4	3,6
Î.-P.-É.	24,7	27,8	27,8	18,6	1,0	23,1	30,8	24,6	20,0	1,5	24,2	24,2	33,3	15,2	3,0
T.-N.-L.	22,6	25,3	30,5	20,0	1,6	23,8	28,0	27,4	19,3	1,5	20,7	19,3	37,3	20,7	2,0
Territoires[‡]	23,9	19,6	34,8	17,4	4,3	25,0	25,0	25,0	21,4	3,6	21,1	15,8	47,4	10,5	5,3
Sexe[†]															
Hommes	23,5	23,3	29,2	20,1	3,9	24,0	26,2	25,8	21,0	3,0	22,8	18,9	34,3	18,7	5,3
Femmes	23,4	24,1	29,1	19,7	3,7	22,9	26,6	27,1	20,7	2,7	24,5	18,3	33,8	17,4	6,0
Âge															
18–59	22,7	20,2	31,1	22,2	3,8	23,4	23,1	26,8	24,0	2,7	21,7	16,4	36,8	19,8	5,3
60–69	23,6	22,7	30,0	20,3	3,5	23,8	24,7	27,2	21,8	2,5	23,1	19,1	34,7	17,6	5,4
70–79	24,2	27,3	26,8	17,7	4,1	23,4	30,0	25,4	17,9	3,3	26,1	20,9	29,9	17,1	6,0
80–89	20,2	29,0	25,1	17,6	8,1	19,5	31,1	24,9	17,4	7,2	22,5	22,6	25,6	18,0	11,3
90+	14,8	27,1	19,0	17,8	21,3	12,3	29,7	20,1	18,4	19,5	23,4	17,7	16,3	15,6	27,0
Nombre annuel moyen[†§]	2 940	2 954	3 646	2 494	477	1 888	2 118	2 118	1 676	227	1 052	836	1 527	818	249

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

— Sans objet

* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les personnes de 18 à 79 ans

‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

§ Calcul fondé sur le nombre moyen de cas diagnostiqués à chaque stade au Canada (à l'exclusion du Québec) de 2011 à 2015

TABLEAU 4 Distribution en pourcentage des stades de cancer du sein, par région géographique et par tranche d'âge, femmes, Canada*, 2011–2015

	Stade				
	I	II	III	IV	Inconnu
Canada[†]	46,6	35,1	12,4	4,9	0,9
C.-B.	47,6	34,1	11,9	4,8	1,7
Alb.	47,7	34,7	11,7	5,0	0,8
Sask.	47,4	34,1	11,1	6,5	0,9
Man.	45,5	34,7	13,3	6,2	0,4
Ont.	45,2	36,4	13,1	4,5	0,7
Qc	—	—	—	—	—
N.-B.	49,6	34,0	10,4	5,6	0,4
N.-É.	52,2	30,5	10,5	5,8	1,0
Î.-P.-É.	52,0	31,0	11,0	6,0	0,0
T.-N.-L.	50,0	31,2	11,9	6,2	0,8
Territoires[‡]	40,0	37,8	15,6	4,4	2,2
Âge					
18–59	40,4	38,8	15,2	4,8	0,8
60–69	52,7	31,7	10,2	4,6	0,8
70–79	51,4	32,2	9,5	5,7	1,2
80–89	34,3	41,2	12,6	7,7	4,1
90+	20,4	38,8	15,8	8,4	16,5
Nombre annuel moyen[†§]	7 715	5 819	2 058	815	148

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

— Sans objet
* À l'exclusion du Québec
† Comprend les cas diagnostiqués chez les femmes de 18 à 79 ans
‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut
§ Calcul fondé sur le nombre moyen de cas diagnostiqués à chaque stade au Canada (à l'exclusion du Québec) de 2011 à 2015

TABLEAU 5 Distribution en pourcentage des stades de cancer de la prostate, par tranche d'âge et par région géographique, hommes, Canada*, 2011–2015

	Stade				
	I	II	III	IV	Inconnu
Canada[†]	22,5	51,9	13,8	8,6	3,2
C.-B.	13,5	52,8	13,8	9,4	10,5
Alb.	23,7	52,8	12,9	8,3	2,3
Sask.	20,2	52,9	14,1	11,1	1,7
Man.	15,4	58,1	12,5	13,4	0,5
Ont.	24,5	51,7	14,4	8,0	1,3
Qc	—	—	—	—	—
N.-B.	35,9	48,3	8,7	6,6	0,6
N.-É.	26,5	46,6	15,3	8,8	2,7
Î.-P.-É.	44,9	37,8	10,2	6,1	1,0
T.-N.-L.	26,1	51,0	14,7	6,9	1,3
Territoires[‡]	17,9	50,0	10,7	14,3	7,1
Âge					
18–59	27,9	47,1	15,5	6,8	2,6
60–69	23,5	49,8	16,1	7,7	2,8
70–79	17,3	58,1	9,4	11,1	4,1
80–89	10,7	48,6	4,2	25,7	10,8
90+	6,9	31,0	1,7	37,1	23,3
Nombre annuel moyen[§]	3 105	7 154	1 899	1 187	437

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

— Sans objet

* À l'exclusion du Québec

† Comprend les cas diagnostiqués chez les hommes de 18 à 79 ans

‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut

§ Calcul fondé sur le nombre moyen de cas diagnostiqués à chaque stade au Canada (à l'exclusion du Québec) de 2011 à 2015

TABLEAU 6 Distribution en pourcentage des stades de cancer du col de l'utérus, par tranche d'âge et par région géographique, femmes, Canada*, 2011–2015

	Stade				
	I	II	III	IV	Inconnu
Canada††	54,4	13,4	16,5	11,8	3,8
C.-B.	54,8	10,2	18,7	13,3	3,0
Alb.	54,7	7,4	14,9	10,1	12,8
Sask.	45,2	14,3	21,4	16,7	2,4
Man.	43,5	23,9	21,7	8,7	2,2
Ont.	56,0	14,4	15,6	12,1	1,9
Qc	—	—	—	—	—
N.-B.	..	..	..	..	..
N.-É.	50,0	21,1	15,8	10,5	2,6
Î.-P.-É.	50,0	25,0	25,0	0,0	0,0
T.-N.-L.	64,3	17,9	7,1	3,6	7,1
Territoires‡	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0
Âge					
18–24	78,6	0,0	14,3	0,0	7,1
25–39	71,5	8,2	12,8	4,6	2,8
40–54	53,8	13,4	17,2	11,5	4,1
55–69	40,5	19,0	18,5	17,7	4,3
70+	26,6	19,4	23,4	22,6	8,1
Nombre annuel moyen§	524	129	159	114	37

Analyse : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada
Source : Base de données du Registre canadien du cancer de Statistique Canada

— Sans objet
.. Non inclus dans les analyses
* À l'exclusion du Québec
† Comprend les cas diagnostiqués chez les femmes de 18 à 79 ans
‡ Comprend le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut
§ Calcul fondé sur le nombre moyen de cas diagnostiqués à chaque stade au Canada (à l'exclusion du Québec et du Nouveau-Brunswick) de 2011 à 2015

ANNEXE I : Sources de données et méthodologie

Sources de données

Données sur l'incidence : le Registre canadien du cancer (RCC)

Les données sur l'incidence du cancer utilisées dans ce rapport portent sur la période de 2011 à 2015 pour l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec (les données de stadification du Québec pour cette période ne figurent pas dans le RCC). Les données proviennent du fichier maître des totalisations du RCC[1] de novembre 2017, diffusé le 29 janvier 2018.

- Le RCC est une base de données axée sur les individus qui offre des éléments d'information cliniques et démographiques sur les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les résidants du Canada.
- La Division de la statistique de la santé de Statistique Canada est chargée de tenir à jour le RCC. Les données du RCC ont été appariées jusqu'à la fin de l'année de diagnostic 2015 pour retracer les enregistrements en double de personnes ou de tumeurs. Un appariement provincial similaire des enregistrements du Québec a été réalisé pour les cas de cancer diagnostiqués jusqu'au 31 décembre 2008.
- Les déclarations au RCC doivent suivre les règles relatives aux sièges primitifs multiples du programme Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) depuis l'année de diagnostic 2007. Dans les publications antérieures du RCC, les analyses étaient fondées sur une version du fichier maître des totalisations du RCC qui suivait les règles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) relativement aux tumeurs primitives multiples. Le fichier maître des totalisations du RCC de novembre 2017, qui a servi aux présentes analyses, comprend tous les renseignements sur les tumeurs qui ont été soumis conformément aux règles concernant les sièges primitifs multiples qui s'appliquent dans chacun des RPTC. Statistique Canada n'a appliqué aucun autre algorithme aux données contenues dans ce fichier pour vérifier que les sièges primitifs multiples ont bien été définis selon les règles SEER.
- Les cas diagnostiqués de cancer sont classés selon la *Classification internationale des maladies pour l'oncologie*, troisième édition (CIM-O-3), depuis 1992[2].
- Les tumeurs qui s'inscrivent dans la portée du RCC et qui ont été diagnostiquées à partir de 2004 sont stadifiées d'après la plus récente version du système de collecte de données de stadification concertée (système CS) et des instructions de codification connexes[3], fournies par le Collaborative Staging Task Force de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) (http://www.cancerstaging.org/cstage/Pages/default.aspx).
- Les registres provinciaux et territoriaux du cancer ont recueilli en priorité des données de stadification sur les quatre cancers invasifs les plus fréquemment diagnostiqués (poumon et bronches, colorectal, sein et prostate). Certains registres contiennent des renseignements sur la stadification pour d'autres cancers, mais la couverture varie selon les ressources disponibles et les différentes priorités.
- Les présentes analyses s'appuient sur les données de stadification issues du système de stadification concertée, qui est fondé sur la septième édition du document *Cancer Staging Manual* de l'AJCC[4].
- Comme la stadification diffère souvent entre les enfants et les adultes, les données sur la stadification du cancer portent uniquement sur les personnes âgées de 18 ans et plus[5].
- De façon générale, les données de la période de cinq ans allant de 2011 à 2015 ont été agrégées.

Données sur la population : le Recensement de la population

- Les estimations de la population de 2011 à 2015 utilisées dans ces analyses sont celles en date du 1er juillet 2017. Elles proviennent de la Division de la démographie de Statistique Canada[6,7] et ont été publiées le 27 septembre 2017.
- Les estimations préparées par Statistique Canada sont les données postcensitaires définitives pour 2011 à 2013, et les données postcensitaires mises à jour pour 2014 et 2015[7].
- Toutes les estimations démographiques incluent les résidants non permanents et ont été corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement net au recensement et des Canadiens qui reviennent de l'étranger.

TABLEAU A1 Définitions des cancers

Catégorie de cancer	Siège et type CIM-O-3
Poumon et bronches	C34
CPNPC*	C34 (exclut le type 8041–8045)
CPPC*	C34 (type 8041–8045)
Colorectal	C18–C20, C26.0
Côlon	C18.0–C18.9, C26.0
Rectum et jonction rectosigmoïdienne	C19.9, C20.9
Sein	C50
Sein chez la femme	C50
Prostate	C61.9
Vessie	C67
Lymphome non hodgkinien†	Type 9590–9597, 9670–97 199 724–9729, 9735, 9737, 9738 ou type 9811–9818, 9823, 9827, 9837 à l'exception de C42.0, C42.1 et C42.4
Utérus (corps, SAI)	C54–C55
Mélanome (peau)	C44 (type 8720–8790)
Thyroïde	C73.9
Rein et bassinet du rein	C64.9, C65.9
Pancréas	C25
Bouche	C00–C14
Estomac	C16
Encéphale/SNC	C70–C72
Myélome multiple†	Type 9731, 9732, 9734
Ovaire	C56.9
Foie	C22.0
Oesophage	C15
Col de l'utérus	C53
Larynx	C32
Testicule	C62
Lymphome hodgkinien†	Type 9650–96 677

SNC = système nerveux central; SAI = sans autre indication;
CPNPC = cancer du poumon non à petites cellules; CPPC = cancer du poumon à petites cellules

* Pour ces cancers, les définitions sont fondées sur les règles de codification du programme SEER accessibles à l'adresse suivante : https://training.seer.cancer.gov/lung/abstract-code-stage/morphology.html

† Les types histologiques 9590-9992 (leucémie, lymphome et myélome multiple), 9050-9055 (mésothéliome) et 9140 (sarcome de Kaposi) ne sont pas pris en compte dans les autres sièges de cancer particuliers indiqués dans le tableau.

Nota : CIM-O-3 est la *Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition*[2].

Définitions des cancers

- Les cas de cancer sont définis selon les catégories établies dans la CIM-O-3[2]. Le tableau A1 présente les codes topographiques (siège du cancer), les codes histologiques (type de tissu) ou les deux, qui sont utilisés pour définir les catégories de cancer.
- En général, les codes histologiques définissant les lymphomes, le myélome multiple, la leucémie, le sarcome de Kaposi et le mésothéliome ont été exclus des analyses, à l'exception du lymphome de Hodgkin et du lymphome non hodgkinien. Les cancers de l'encéphale ont aussi été exclus, étant donné qu'ils ne sont pas stadifiés selon la septième édition du *Cancer Staging Manual* de l'AJCC[4] dans le cadre de la stadification concertée.
- Seuls les cas de tumeurs malignes ont été inclus dans les analyses, sauf en ce qui concerne le cancer de la vessie et le cancer du sein, pour lesquels les carcinomes in situ étaient également inclus. Les carcinomes in situ de la vessie sont considérés comme étant invasifs aux fins des rapports sur l'incidence dans l'ensemble des provinces et des territoires. Les cancers du sein in situ ont été inclus en raison de leur valeur dans l'évaluation du dépistage du cancer du sein.

Méthodologie

Incidence et distribution des stades

Les enregistrements sur les tumeurs provenant de chaque province et territoire (à l'exception du Québec) ont d'abord été extraits du fichier maître des totalisations du RCC, puis classés selon l'année du diagnostic, le type de cancer et le stade déterminé par le système de stadification concertée à l'aide de la septième édition du document *Cancer Staging Manual* de l'AJCC (c.-à-d. stades 0 à IV ou stade inconnu; les cas occultes ont été calculés pour le cancer du poumon).

Les cas de cancer dont le stade est impossible à déterminer selon le cadre de stadification concertée se voient attribuer la mention « sans objet » (s.o.) dans les données du RCC. Les cas qui n'ont pas été stadifiés selon ce cadre se voient attribuer une valeur manquante pour indiquer que l'algorithme du système de stadification concertée n'a pas été exécuté. Ces cas ne sont pas inclus dans la catégorie « stade inconnu », qui est utilisée lorsque les renseignements sur le stade ne sont pas suffisants pour déterminer celui-ci (p. ex. la personne n'a pas subi tous les examens diagnostics permettant d'établir le stade, ou l'enregistrement des résultats des examens n'est pas complet).

Les enregistrements des tumeurs, pour les quatre types de cancer les plus couramment diagnostiqués (c.-à-d. poumon et bronches, sein chez la femme, colorectal et prostate) et le cancer du col de l'utérus, ont aussi été classés selon le sexe (pour le cancer du poumon et le cancer colorectal) et le groupe d'âge (18 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 à 79 ans, 80 à 89 ans et 90 ans et plus pour les quatre types de cancer les plus courants; 18 à 24 ans, 25 à 39 ans, 40 à 54 ans, 55 à 69 ans et 70 ans et plus pour le cancer du col de l'utérus).

- Les cas de cancer dans les territoires ont été regroupés afin d'augmenter le nombre de cas utilisé dans le calcul des taux estimatifs et de la distribution des stades. Ce regroupement avait pour but de réduire la nécessité de supprimer des données ou le nombre de données à supprimer pour les cancers autres que les quatre types les plus courants. Les estimations de la population des trois territoires ont été combinées lors du calcul des taux d'incidence selon l'âge. Dans tous les tableaux et toutes les figures de la présente publication, les estimations pour les territoires ont été regroupées. Des tableaux complémentaires contenant les estimations pour chaque territoire sont accessibles en ligne à titre de référence. Les estimations fondées sur un petit nombre de cas (c.-à-d. 1 à 4) doivent être interprétées avec prudence.
- Les données relatives à la stadification pour l'année de diagnostic 2014 à Terre-Neuve-et-Labrador ont été incluses seulement dans les calculs portant sur les quatre types de cancer les plus courants et le cancer du col de l'utérus. Les données de l'année de diagnostic 2014 ont été exclues pour tous les « autres » cancers examinés dans les analyses. En raison de la mise en place d'un nouveau système de déclaration des cas de cancer à Terre-Neuve-et-Labrador, l'étendue des données de stadification disponibles pour cette province était considérablement plus faible pour beaucoup de ces cancers en 2014, comparativement aux autres années entre 2011 et 2015. Les données de 2014 ont été exclues, car elles n'étaient pas comparables aux données de stadification pour la province de 2011 à 2013 et en 2015; leur inclusion aurait pu fausser la distribution des stades et les taux lorsque les données de 2011 à 2015 étaient combinées. Afin de tenir compte de cette exclusion, les données sur la population ont été ajustées pour le calcul des taux d'incidence selon l'âge.
- Il n'existait aucune donnée de stadification pour les cas de cancer diagnostiqués au Québec. De plus, en raison de la transition à un nouveau système de déclaration des cas de cancer, aucune donnée d'incidence n'était disponible pour cette province à partir de l'année de diagnostic 2011. Le Québec a donc été exclu des analyses présentées dans ce rapport, et les estimations de la population pour le Canada ont été ajustées afin de tenir compte de cette exclusion. Les données d'incidence du Québec pour l'année de diagnostic 2011 et les suivantes devraient bientôt figurer dans le RCC.
- La couverture des données de stadification pour chaque type de cancer et chaque région (c.-à-d. les provinces, les territoires et le Canada – à l'exception du Québec) a été calculée en divisant le nombre total de cas de cancer qui ont été associés à un stade (0 à IV, inconnu ou occulte) par le nombre total de cas « stadifiables » diagnostiqués pendant la période de 2011 à 2015. Le dénominateur excluait tous les cas pour lesquels la valeur « s.o. » a été attribuée dans le champ du stade des données du RCC, qui se fonde sur la septième édition du *Cancer Staging Manual* de l'AJCC dans le système de stadification concertée.
- À la lumière d'une évaluation initiale de la couverture des données de stadification pour chaque province et territoire, certaines données ont été exclues des analyses portant sur des types de cancer autres que les quatre cancers les plus diagnostiqués et le cancer du col de l'utérus. Une description plus détaillée des provinces et territoires inclus pour chaque siège de cancer est présentée à la section « Stades du cancer au Canada » du présent rapport.

- La distribution des stades de cancer a été calculée en divisant le nombre de cas associés à un stade en particulier par la somme de tous les cas associés aux stades I à IV et inconnu. Les cas de cancer qui n'ont pas été stadifiés (c.-à-d. que l'algorithme du système de stadification concertée n'a pas été exécuté pour attribuer un stade) et ceux qui sont considérés comme impossibles à stadifier (portant la mention « s.o. ») n'ont pas été inclus dans ces analyses.
- Les analyses préliminaires selon l'âge ont révélé que le pourcentage de cas de stade inconnu était généralement beaucoup plus élevé chez les groupes plus âgés que chez les plus jeunes, ce qui donne à penser que les personnes plus âgées étaient moins nombreuses que les plus jeunes à obtenir un bilan diagnostic complet en présence d'un cancer. Étant donné qu'une forte proportion de cas de stade inconnu nuit à l'interprétation des distributions en pourcentage selon le stade, toutes les analyses qui n'étaient pas effectuées en fonction de l'âge ont porté exclusivement sur les personnes âgées de 18 à 79 ans au moment du diagnostic.
- Les taux par stade selon l'âge ont été calculés en divisant le nombre de cas dans un groupe d'âge particulier dans chaque catégorie (province ou territoires; sexe, le cas échéant; type de cancer) par la taille de la population correspondante. Le calcul des taux normalisés selon l'âge est fondé sur ces valeurs. Les données démographiques utilisées pour calculer les taux relatifs aux quatre types de cancer les plus souvent diagnostiqués combinés comprenaient les deux sexes, alors que pour les taux relatifs aux cancers sexospécifiques (p. ex. sein chez la femme, prostate, col de l'utérus et testicule), les estimations de la population pour les femmes ou les hommes seulement, selon le cas, ont été utilisées.
- Les taux d'incidence normalisés selon l'âge ont été calculés à l'aide de la méthode directe d'après les tranches d'âge suivantes : 18 à 59 ans, 60 à 69 ans et 70 à 79 ans. Comme la population type pour 2011 est fondée sur 19 groupes d'âge allant de 0 à 90 ans et plus (tableau A2), la pondération selon la population type a été recalculée pour cette étude en incluant les personnes de 18 à 79 ans seulement (tableau A3). Les taux selon l'âge ont été calculés d'après la période de référence de cinq ans pour les analyses (2011 à 2015). Pour plus d'information au sujet de la normalisation en fonction de l'âge, consulter la ressource « Taux normalisés selon l'âge » de Statistique Canada (accessible à l'adresse : http://www.statcan.gc.ca/fra/quo/bdd/tnsa).

TABLEAU A2 Population canadienne type de 2011 (les deux sexes)

Groupe d'âge	Population	Poids normalisé
0–4	1 899 064	0,055297
5–9	1 810 433	0,052717
10–14	1 918 164	0,055853
15–19	2 238 952	0,065194
20–24	2 354 354	0,068555
25–29	2 369 841	0,069006
30–34	2 327 955	0,067786
35–39	2 273 087	0,066188
40–44	2 385 918	0,069474
45–49	2 719 909	0,079199
50–54	2 691 260	0,078365
55–59	2 353 090	0,068518
60–64	2 050 443	0,059705
65–69	1 532 940	0,044636
70–74	1 153 822	0,033597
75–79	919 338	0,026769
80–84	701 140	0,020416
85–89	426 739	0,012426
90+	216 331	0,006299
Total	**34 342 780**	**1,000000**

Nota : La répartition est fondée sur les estimations postcensitaires finales de la population canadienne au 1er juillet 2011, corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement au recensement.

TABLEAU A3 Population canadienne type de 2011 (les deux sexes, 18 à 79 ans)

Groupe d'âge	Population	Poids normalisé
18–59	20 400 895	0,782920
60–69	3 583 383	0,137519
70–79	2 073 160	0,079561
Total	**26 057 438**	**1,000000**

Nota : La répartition est fondée sur les estimations postcensitaires finales de la population canadienne au 1er juillet 2011, corrigées pour tenir compte du sous-dénombrement au recensement et limitées aux personnes âgées de 18 à 79 ans.

Arrondissement aux fins de la déclaration

Afin d'éviter la divulgation inappropriée de renseignements sur la santé et de réduire le besoin de supprimer des cellules sensibles et complémentaires dans les tableaux publiés, le nombre réel de cas dans une cellule donnée sont arrondis de façon aléatoire au multiple de 5 inférieur ou supérieur; les vrais zéros et les nombres réels divisibles par 5 n'ont pas été touchés.

Un arrondissement aléatoire a été appliqué à chaque cellule du tableau, indépendamment des autres cellules. En d'autres termes, une méthode d'arrondissement aléatoire non biaisée a été utilisée, de telle façon que les nombres se terminant par 0 ou 5 n'ont pas été arrondis; les nombres se terminant par 1 ou par 6 ont été arrondis au multiple supérieur avec une probabilité de 0,20 et au multiple inférieur avec une probabilité de 0,80; les nombres se terminant par 2 ou par 7 ont été arrondis au multiple supérieur et au multiple inférieur avec une probabilité de 0,40 et de 0,60 respectivement; les nombres se terminant par 3 ou par 8 ont été arrondis au multiple supérieur et au multiple inférieur avec une probabilité de 0,60 et 0,40 respectivement; et les nombres se terminant par 4 ou par 9 ont été arrondis au multiple supérieur et au multiple inférieur avec une probabilité de 0,80 et 0,20 respectivement. En conséquence, la somme des données des colonnes et des lignes qui s'additionnent ne correspondra au total que par hasard. La méthode utilisée fait en sorte que l'écart entre les valeurs réelles et les valeurs arrondies n'excède jamais 4, et que les valeurs réelles sont plus susceptibles d'être arrondies au multiple de 5 le plus proche.

- Afin de mieux évaluer la disponibilité des données de stadification par province ou territoire pour les années de diagnostic de 2011 à 2015 combinées, la couverture des données sur le stade a été calculée en utilisant le nombre non arrondi des cas auxquels un stade a été attribué par le système de stadification concertée d'après la septième édition du manuel de l'AJCC, par type de cancer et province ou territoire déclarant. Les estimations de la couverture fondées sur un faible nombre de cas (c.-à-d. 1 à 4 cas) ont été supprimées afin de protéger la confidentialité des données conformément aux règles du RCC en matière de divulgation.
- Le nombre de cas arrondi aléatoirement a été utilisé pour calculer la distribution des stades (nombre de cas et pourcentage par catégorie de stade) pour l'ensemble des cancers, des provinces et des territoires. Les taux selon l'âge, pour les quatre types de cancer les plus courants et le cancer du col de l'utérus, ont également été calculés à l'aide des nombres de cas arrondis; autrement, le nombre réel de cas pourrait être déduit d'après les estimations de la population accessibles au public.
- Les taux normalisés selon l'âge sont plus complexes à calculer parce qu'ils combinent des données de plusieurs groupes d'âge. Les nombres réels selon l'âge ont donc été utilisés pour calculer les taux normalisés selon l'âge. Dans les circonstances particulières où le nombre total de cas arrondi pour une catégorie donnée (p. ex. province ou territoires, type de cancer, stade) pris en compte dans le taux normalisé selon l'âge est zéro, le taux réel normalisé selon l'âge a été supprimé, afin que les nombres de cas qui sont de vrais zéros ne puissent être distingués des nombres de cas qui sont des zéros arrondis dans les tableaux.
- Les cas pour lesquels le stade est inconnu, ne s'applique pas (s.o.) ou est manquant (l'algorithme du système de stadification concertée n'a pas été exécuté) ont été traités de la même façon que ceux de la catégorie « non-réponse » dans la présente analyse. Par conséquent, il a été jugé que de faire la distinction entre les vrais zéros et les zéros arrondis ne constituait pas un risque pour la confidentialité. Le fait de savoir que quelques cancers (p. ex. 1 à 4) n'ont pas été stadifiés ou se sont vu attribuer un « stade inconnu » dans les données de surveillance du cancer ne devrait pas permettre d'identifier une personne en particulier.
- De façon générale, les estimations fondées sur un petit nombre de cas devraient être interprétées et comparées avec prudence.

Problèmes liés aux données et à la méthodologie

Le Conseil canadien des registres du cancer et son Comité permanent de la gestion et de la qualité des données mettent tout en œuvre pour uniformiser la définition et la classification des nouveaux cas de cancer. Néanmoins, les méthodes de déclaration des cas et le degré d'exhaustivité des données varient encore d'une région à l'autre du pays. Toutefois, l'uniformisation des méthodes de recherche des cas, y compris le couplage aux registres de mortalité provinciaux et territoriaux, a amélioré l'enregistrement des cas de cancer ainsi que la comparabilité des données à l'échelle du pays. Malgré tout, certains problèmes demeurent non résolus :

- Le RCC est mis à jour chaque année avec de nouveaux enregistrements pour les années de diagnostic en cours ou antérieures et des changements aux enregistrements précédents. Par conséquent, l'incidence pour n'importe quelle année de diagnostic peut changer d'une année de référence à la suivante. En particulier, les retards dans la déclaration des nouveaux cas dans le RCC entraînent habituellement une sous-estimation du nombre de cas, qui est plus prononcée dans la plus récente année de diagnostic. En général, le retard de déclaration se situe entre 2 % et 3 % à l'échelle nationale. Les cas manquants sont ajoutés à l'année de diagnostic à laquelle ils se rapportent lors de l'enregistrement des données d'une nouvelle année de référence.
- En octobre 2014, l'Ontario a mis en place un nouveau système de déclaration des cas de cancer appelé le Registre des cas de cancer de l'Ontario. Ce système présente plusieurs améliorations qui permettent de recenser des cas de cancer qui n'auraient pas été enregistrés dans le passé. Au nombre des améliorations figurent l'utilisation de règles plus souples pour la comptabilisation des sièges primitifs multiples, l'utilisation de données sources additionnelles et l'inclusion de données qui n'étaient pas utilisées dans le passé. La mise en œuvre de ce nouveau système a un effet sur les données d'incidence de l'année de diagnostic 2010 et des années suivantes.
- Pour l'année de diagnostic 2014, un retard de déclaration des cas de 9 % a été observé en Colombie-Britannique pour tous les cancers confondus.
- Les données de stadification de Terre-Neuve-et-Labrador pour l'année de diagnostic 2014 ont été exclues des analyses portant sur les types de cancer autres que les quatre cancers les plus souvent diagnostiqués (c.-à-d. poumon et bronches, sein chez la femme, prostate et colorectal) et le cancer du col de l'utérus. Ces données n'étaient pas représentatives de la couverture des données de stadification pour 2011 à 2013 et 2015, et leur inclusion aurait pu fausser les distributions des stades et les taux lorsque les données étaient combinées pour 2011 à 2015.

Processus d'examen par les pairs

Le processus d'examen par les pairs était supervisé par le Groupe de travail sur la stadification du cancer du Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Le groupe de travail a recruté quatre pairs examinateurs en se fondant sur leur expertise dans les domaines clinique et épidémiologique, et sur leurs connaissances spécialisées à l'égard des données de registres du cancer. Une version préliminaire complète du présent chapitre (comprenant le texte, les tableaux, les figures et la description des sources de données et de la méthodologie) a été transmise aux personnes ayant accepté de participer. Après avoir disposé de deux semaines pour examiner le document, les examinateurs ont fait parvenir leurs commentaires par écrit au groupe de travail. Le groupe de travail a pris connaissance des commentaires, en a discuté en groupe, puis a convenu des changements à apporter d'après les commentaires reçus.

Références

1. Statistique Canada [Internet]. Registre canadien du cancer (RCC). Ottawa, Statistique Canada; 2015. Disponible à l'adresse : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/instrument/3207_Q1_V1-fra.htm?fpv=getYearsQ&Q=3207 (consulté en avril 2018).
2. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin D, et al. (rédacteurs). Classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3e édition (CIM-O-3). Genève, Organisation mondiale de la Santé; 2008.
3. Collaborative Staging Task Force of the American Joint Committee on Cancer. Collaborative Stage Data Collection System user documentation and coding instructions, version 02.05. Chicago: American Joint Committee on Cancer; 2013.
4. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. Annals of Surgical Oncology. 2010;17(6):1471-4.
5. National Cancer Institute [Internet]. Cancer in children and adolescents. Bethesda: National Cancer Institute; 2017. Disponible à l'adresse : www.cancer.gov/types/childhood-cancers/child-adolescent-cancers-fact-sheet (consulté en avril 2018).
6. Statistique Canada. Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires, 2017. [No 91-215-X au catalogue]. Ottawa, Statistique Canada; 2017.
7. Statistique Canada [Internet]. Tableau 051-0001. Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, CANSIM (base de données). Disponible à l'adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=0510001&paSer=&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=-1&tabMode=dataTable&csid= (consulté en avril 2018).

ANNEXE II : Autres statistiques sur le cancer au Canada

La présente annexe est divisée en deux parties. La première contient un résumé des statistiques nationales qui figurent dans le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*, présentées par type de cancer. La deuxième partie présente un aperçu des ressources en ligne de Statistique Canada, soit les tableaux CANSIM.

Sommaire des statistiques sur le cancer du rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*

TABLEAU A1 Statistiques sur l'incidence, la mortalité et la survie pour certains cancers, chez les deux sexes combinés, Canada

	Incidence projetée			Mortalité projetée			Survie nette à cinq ans
Les deux sexes	**Rang**	**Cas**	**TINA***	**Rang**	**Décès**	**TMNA***	**%**
Tous les cancers	—	**206 200**	**515,9**	—	**80 800**	**198,1**	**60**
Poumon et bronches	1	28 600	69,9	1	21 100	51,4	17
Colorectal	2	26 800	66,3	2	9 400	23,1	64
Sein	3	26 500	68,1	3	5 000	12,6	87
Prostate	4	21 300	110,4	5	4 100	23,8	95
Vessie	5	8 900	21,8	8	2 400	5,7	73
Lymphome non hodgkinien	6	8 300	20,8	7	2 700	6,7	66
Utérus (corps, SAI)	7	7 300	35,7	18	1 150	5,3	84
Mélanome	8	7 200	18,5	15	1 250	3,1	88
Thyroïde	9	7 100	19,0	21	220	0,5	98
Rein et bassinet du rein	10	6 600	16,5	12	1 900	4,6	67
Leucémie	11	6 200	15,5	6	2 900	7,2	58
Pancréas	12	5 500	13,5	4	4 800	11,9	8
Bouche	13	4 700	11,9	16	1 250	3,1	63
Estomac	14	3 500	8,6	11	2 100	5,1	25
Encéphale/SNC	15	3 000	7,8	9	2 400	6,0	24
Myélome multiple	16	2 900	7,1	14	1 450	3,5	42
Ovaire	17	2 800	13,7	13	1 800	8,2	44
Foie	18	2 500	6,1	17	1 200	3,0	19
Oesophage	19	2 300	5,7	10	2 200	5,3	14
Col de l'utérus	20	1 550	8,3	20	400	2,0	73
Larynx	21	1 150	2,8	19	440	1,1	63
Testicule	22	1 100	6,1	23	45	0,2	96
Lymphome hodgkinien	23	990	2,7	7	140	0,4	85
Tous les autres cancers	—	19 500	48,5	—	10 400	25,5	—

Source : *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*

TINA=taux d'incidence normalisé selon l'âge.
TMNA=taux de mortalité normalisé selon l'âge.
SNC=système nerveux central.
SAI=sans autre indication.

* Les taux sont normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011 et indiqués pour 100 000 hommes et femmes.

— Sans objet

TABLEAU A2 Statistiques sur l'incidence, la mortalité, la probabilité à vie et la survie pour certains cancers, chez les hommes, Canada

	Incidence projetée			Mortalité projetée			Probabilité à vie d'être atteint d'un cancer et de mourir d'un cancer (respectivement)		Survie nette à cinq ans
Hommes	Rang	Cas	TINA*	Rang	Décès	TMNA*	Une personne sur :	Une personne sur :	%
Tous les cancers	—	**103 100**	**548,4**	—	**42 600**	**233,3**	**2**	**3,5**	**60**
Prostate	1	21 300	110,4	3	4 100	23,8	7	29	95
Colorectal	2	14 900	79,6	2	5 100	28,1	13	29	63
Poumon et bronches	3	14 400	76,5	1	11 100	59,4	11	14	14
Vessie	4	6 700	36,3	5	1 700	9,5	25	83	74
Lymphome non hodgkinien	5	4 600	24,6	8	1 500	8,4	43	95	63
Rein et bassinet du rein	6	4 200	22,3	11	1 200	6,6	54	142	66
Mélanome	7	4 000	21,3	15	790	4,3	56	241	85
Leucémie	8	3 600	19,6	6	1 650	9,2	51	90	58
Bouche	9	3 200	17,1	13	860	4,6	68	206	60
Pancréas	10	2 800	14,7	4	2 400	13,1	74	72	7
Estomac	11	2 200	11,8	10	1 250	6,9	78	126	23
Foie	12	1 900	9,9	12	950	5,0	127	199	19
Oesophage	13	1 800	9,5	7	1 650	8,9	112	112	13
Encéphale/SNC	14,15	1 700	9,2	9	1 350	7,1	123	163	22
Myélome multiple	14,15	1 700	9,1	14	810	4,4	117	179	42
Thyroïde	16	1 650	8,8	17	95	0,5	189	1 512	95
Testicule	17	1 100	6,1	20	45	0,2	247	—	96
Larynx	18	970	5,1	16	350	1,9	170	459	64
Lymphome hodgkinien	19	570	3,1	18	85	0,5	426	—	83
Sein	20	230	1,2	19	60	0,3	756	—	79
Autres cancers	—	9 600	52,4	—	5 500	30,7	—	—	—

Source: *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*

TINA=taux d'incidence normalisé selon l'âge.
TMNA=taux de mortalité normalisé selon l'âge.
SNC=système nerveux central.

* Les taux sont normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011 et indiqués pour 100 000 hommes.

— Sans objet.

TABLEAU A3 Statistiques sur l'incidence, la mortalité, la probabilité à vie et la survie pour certains cancers, chez les femmes, Canada

	Incidence projetée			Mortalité projetée			Probabilité à vie d'être atteint d'un cancer et de mourir d'un cancer (respectivement)		Survie nette à cinq ans
Femmes	Rang	Cas	TINA*	Rang	Décès	TMNA*	Une personne sur :	Une personne sur :	%
Tous les cancers	—	**103 200**	**495,6**	—	**38 200**	**172,1**	**2,2**	**4,2**	**61**
Sein	1	26 300	130,3	2	5 000	23,2	8	31	87
Poumon et bronches	2	14 200	65,3	1	10 000	45,3	14	17	20
Colorectal	3	11 900	54,9	3	4 300	19,0	16	34	65
Utérus (corps, SAI)	4	7 300	35,7	8	1 150	5,3	35	154	84
Thyroïde	5	5 400	29,1	19	120	0,5	56	1703	98
Lymphome non hodgkinien	6	3 700	17,6	7	1 200	5,3	51	116	69
Mélanome	7	3 300	16,3	15	450	2,1	74	397	92
Ovaire	8	2 800	13,7	5	1 800	8,2	69	100	44
Pancréas	9	2 700	12,4	4	2 400	10,8	72	66	8
Leucémie	10	2 600	12,0	6	1 250	5,5	70	122	59
Rein et bassinet du rein	11	2 400	11,3	12	670	3,0	88	221	69
Vessie	12	2 200	9,8	11	680	2,9	82	219	71
Col de l'utérus	13	1 550	8,3	16	400	2,0	152	426	73
Bouche	14	1 450	7,1	17	400	1,8	136	443	68
Encéphale/SNC	15	1 300	6,6	9	1 050	5,0	151	203	28
Estomac	16	1 300	5,9	10	790	3,6	133	199	28
Myélome multiple	17	1 200	5,6	13	650	2,9	141	234	41
Foie	18	580	2,7	18	270	1,2	359	672	20
Oesophage	19	530	2,4	14	480	2,1	349	333	17
Lymphome hodgkinienv	20	430	2,3	21	60	0,3	497	—	87
Larynx	21	180	0,8	20	95	0,4	966	1662	63
Autres cancers	—	9 900	45,6	—	4 900	21,6	—	—	—

TINA=taux d'incidence normalisé selon l'âge
TMNA=taux de mortalité normalisé selon l'âge
SNC=système nerveux central
* Les taux sont normalisés selon l'âge de la population canadienne et indiqués pour 100 000 femmes
— Sans objet

Source: *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*

Utilisation de CANSIM pour trouver d'autres statistiques sur le cancer

Antérieurement, les *Statistiques canadiennes sur le cancer* comportaient des tableaux de données indiquant le nombre réel (et non pas projeté) de cas de cancer et de décès par cancer pour les années les plus récentes dont on utilisait les données pour la préparation du rapport. Ces tableaux visaient à donner un aperçu des données les plus récentes disponibles, mais ils devenaient vite obsolètes étant donné que de nouvelles données sont régulièrement fournies au public au moyen de ressources en ligne de Statistique Canada. Afin de permettre aux lecteurs d'accéder en tout temps aux données les plus récentes, cette section fournit maintenant des liens vers les ressources en ligne de Statistique Canada (les tableaux CANSIM) ainsi qu'une brève description de la façon d'utiliser ces ressources.

Qu'est-ce que CANSIM?

CANSIM est la base de données socioéconomiques de Statistique Canada. Elle offre au public un accès rapide et facile aux dernières statistiques canadiennes concernant la démographie, la santé, le commerce, l'éducation et d'autres sujets importants, y compris un certain nombre de tableaux sur le cancer. Les tableaux CANSIM sont accessibles sur le site Web de Statistique Canada à l'adresse : http://www5.statcan.gc.ca/cansim/home-accueil?lang=fra

Les utilisateurs peuvent parcourir les tableaux de données par sujet ou faire une recherche dans CANSIM par mots-clés ou par numéro de tableau CANSIM. Ils peuvent produire des résumés statistiques personnalisés des tableaux à l'aide de certaines fonctionnalités (p. ex. « Ajouter/Enlever des données » et « Manipuler »). Les résumés produits peuvent être exportés à l'aide de la fonction « Télécharger ».

Quels sont les tableaux CANSIM pertinents?

Le tableau ci-après renferme une liste des tableaux CANSIM les plus pertinents aux fins de la présente publication. Il ne s'agit pas d'une liste de tous les tableaux CANSIM. On peut trouver d'autres tableaux en parcourant CANSIM par sujet.

Numéro du tableau	Titre et description
103-0550	*Nombre et taux de nouveaux cas de cancer primitif, selon le type de cancer, le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires* Fournit les nombres de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence bruts (avec les intervalles de confiance à 95 %) au Canada et dans les provinces et territoires selon le type de cancer, le groupe d'âge, le sexe et l'année de diagnostic
103-0554	*Nombre de nouveaux cas et taux normalisé selon l'âge (2011) de cancer primitif, selon le type de cancer et le sexe, Canada, provinces et territoires* Fournit les nombres de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence normalisés selon l'âge (avec les intervalles de confiance à 95 %) au Canada et dans les provinces et territoires selon le type de cancer, le sexe et l'année de diagnostic
103-0406	*Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires et régions sociosanitaires (limites de 2015)* Fournit les nombres de nouveaux cas de cancer et les taux d'incidence bruts et normalisés selon l'âge (avec les intervalles de confiance à 95 % et normalisés selon la population de 2011), ainsi que les indicateurs relatifs aux différences statistiquement significatives au Canada, dans les provinces et territoires, et dans les régions sociosanitaires pour certains sièges de cancers selon le sexe et l'année de diagnostic (moyenne de trois ans)
103-0407	*Incidence du cancer, selon certains sièges de cancer et le sexe, moyenne de trois ans, régions métropolitaines de recensement* Fournit les nombres de nouveaux cas de cancer, les taux d'incidence bruts et normalisés selon l'âge (avec les intervalles de confiance à 95 % et normalisés selon la population de 2011) et les indicateurs relatifs aux différences statistiquement significatives au Canada et dans les régions métropolitaines de recensement pour certains sièges de cancer selon le sexe et l'année de diagnostic (moyenne de trois ans)
051-0001	*Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires* Fournit le nombre d'habitants au Canada et dans les provinces et territoires selon l'âge, l'année et le sexe

Comment utiliser les tableaux CANSIM?

Une explication détaillée de la façon d'accéder aux tableaux CANSIM, de les modifier et de les télécharger est fournie en ligne. Voici toutefois un bref aperçu de la façon de personnaliser et de télécharger les statistiques sommaires.

Lorsqu'il accède à un tableau CANSIM, l'utilisateur obtient un aperçu initial du tableau contenant les dimensions et les statistiques sommaires du tableau par défaut. Directement sous le titre du tableau, des onglets permettent d'exécuter d'autres fonctions ou d'obtenir d'autres renseignements.

Pour personnaliser le choix des dimensions (p. ex. région géographique, type de cancer, âge, sexe) et les statistiques, ouvrir l'onglet « Ajouter/Enlever des données » et choisir les éléments pertinents. Le bouton « Appliquer » au bas de la page génère un tableau qui renferme les éléments choisis.

L'utilisateur peut à tout moment cliquer sur l'onglet « Télécharger », lequel lui permet de télécharger le tableau personnalisé dans un format où les champs sont séparés par des points-virgules (fichier CSV). Cela permet à l'utilisateur de manipuler davantage les données ou de sauvegarder l'information dans un tableur. Il est aussi possible de télécharger la totalité des données, pourvu que le nombre total de séries de données (c.-à-d. les combinaisons de différentes dimensions) dans le tableau CANSIM ne dépasse pas 4000 (le nombre maximal permis). Un message d'avertissement s'affiche lorsque la sélection dépasse le nombre maximal de séries de données qui peuvent être affichées.

Différences entre les données utilisées dans le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer* et les données de CANSIM

Les utilisateurs des tableaux CANSIM doivent savoir qu'il y a parfois des différences entre les données compilées pour le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer* et celles qui figurent dans les tableaux CANSIM en ligne. Pour obtenir plus de détails sur les données de CANSIM, les utilisateurs devraient lire les renvois fournis sous chaque tableau CANSIM sur le site Web de Statistique Canada. L'information qui y figure peut être comparée aux détails fournis à l'*Annexe I* de la présente publication.

Voici quelques différences notables entre la méthodologie utilisée pour compiler les statistiques dans les tableaux CANSIM et celle employée dans le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017* :

- Les tableaux CANSIM contiennent les cas diagnostiqués à tous les âges. Les données de stadification du cancer utilisées dans la présente publication se limitent aux personnes âgées de 18 ans et plus au moment du diagnostic, parce que la stadification diffère souvent entre les enfants et les adultes. La pondération de la population utilisée pour normaliser les taux en fonction de l'âge a été ajustée en conséquence (pour plus de détails, consulter la sous-section « Méthodologie » de l'*Annexe II* de la présente publication).
- Le regroupement des cancers diffère parfois entre les tableaux CANSIM et le rapport. Par exemple, le cancer de la bouche est subdivisé en plusieurs sous-types dans certains tableaux CANSIM (p. ex. lèvre, langue, plancher buccal), mais ces sous-types sont regroupés aux fins de la présente publication. Les utilisateurs devraient comparer soigneusement les définitions des groupes de cancer dans les différentes sources de données.
- Les données concernant les nouveaux cas de cancer au Québec pour les années de diagnostic allant jusqu'à 2010 figurent dans le Registre canadien du cancer. Ces données sont comprises dans les tableaux CANSIM 103-0550 et 103-0554. Toutefois, les données du Québec ne sont pas incluses dans le présent rapport, parce que les données sur l'incidence et les renseignements sur le système de collecte de données CS (stadification concertée) ne sont pas disponibles pour les cas diagnostiqués dans la province entre 2011 et 2015, qui est la période couverte par la présente publication.
- Les données des territoires sur l'incidence du cancer ont été regroupées afin d'augmenter le nombre de cas utilisé pour calculer les estimations des taux et la distribution des stades dans la présente publication. Cette mesure avait pour but de réduire la nécessité de supprimer des données ou le nombre de données à supprimer pour les cancers autres que les quatre types les plus courants (c.-à-d. poumon, sein chez la femme, prostate et colorectal). Des tableaux supplémentaires présentant des estimations pour chaque territoire sont accessibles en ligne à titre de référence.

- Dans la présente publication, les données sur l'incidence du cancer pour l'année de diagnostic 2014 à Terre-Neuve-et-Labrador ont été exclues de toutes les analyses portant sur les autres types de cancer que les quatre plus courants (c.-à-d. poumon, sein chez la femme, prostate et colorectal) et le cancer du col de l'utérus. Ces données ne sont pas représentatives de la couverture des données de stadification pour cette province de 2011 à 2013 et en 2015, et leur inclusion aurait pu fausser la distribution des stades de cancer et les taux lorsque les données étaient combinées pour 2011 à 2015. Cependant, les données sur l'incidence de toutes les années de diagnostic ont été incluses dans les tableaux CANSIM pour Terre-Neuve-et-Labrador.

ANNEXE III : Renseignements supplémentaires

Sujets particuliers précédents

Les sujets particuliers sont liés aux questions courantes en matière de surveillance du cancer ou de lutte contre le cancer. Plus particulièrement, ils visent à fournir un regard approfondi sur le contexte canadien.

Les sujets particuliers suivants sont accessibles à l'adresse cancer.ca/statistiques :

2017 Cancer du pancréas

2016 Cancers associés au VPH

2015 Prévisions concernant le fardeau futur du cancer au Canada

2014 Cancers de la peau

2013 Cancer du foie

2011 Cancer colorectal

2010 Soins de fin de vie; Tout sur le cancer : cancer de l'oesophage; Tout sur le cancer : cancer du rein

2009 Le cancer chez les adolescents et les jeunes adultes (de 15 à 29 ans)

2008 Cancer chez les enfants (de 0 à 14 ans)

2007 Le cancer du sein

2006 Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage

2005 Progrès dans la prévention du cancer : facteurs de risque modifiables

2004 Variations internationales dans l'incidence du cancer, 1993-1997; Répercussions économiques du cancer au Canada, 1998

2003 Lymphomes non hodgkiniens

2002 Incidence du cancer chez les jeunes adultes; Survie relative à cinq ans des cas de cancer au Canada, 1992

2001 Cancer colorectal

2000 Progrès réalisés dans la lutte contre le cancer

1999 Facteurs influant sur le fardeau de l'incidence du cancer et de la mortalité consécutive au cancer; Nouveau système de surveillance du cancer au Canada

1998 Comparaisons internationales

1997 Dix ans de statistiques sur le cancer

1996 Cancer de la prostate; Dépenses directes occasionnées par le cancer au Canada, 1993; Évaluation des estimations relatives au cancer : de 1987 à 1991

1995 Prévalence du cancer; Cancer du côlon et du rectum

1993 Cancer du sein chez la femme

1991 Tabagisme et cancer du poumon; Cancer chez les Inuits et les Indiens

1990 Tendances récentes du cancer du sein et des organes génitaux chez la femme; Maladie de Hodgkin et cancer du testicule; Mortalité due au cancer selon le quintile de revenu; Coût économique de la maladie au Canada; Lutte contre le cancer

1989 La mortalité et l'incidence par cancer : une comparaison internationale

1988 La consommation de tabac à fumer et la mortalité par cancer du poumon; La mortalité par cancer : une comparaison internationale

Organisations partenaires

Conseil canadien des registres du cancer

Les données sur l'incidence du cancer sont fournies à Statistique Canada par les registres provinciaux et territoriaux du cancer. Des renseignements détaillés sur les statistiques de chaque province ou territoire sont accessibles auprès des registres concernés.

Agence de la santé publique du Canada

phac-aspc.gc.ca (sélectionner « surveillance »)

Pour obtenir des détails sur la méthodologie ayant servi au calcul de l'incidence et de la mortalité dans les éditions antérieures du présent rapport, communiquez avec la Division de la surveillance des maladies chroniques, CPCM, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9.
Courriel : phac.ccs-ssc.aspc@canada.ca

Les Cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques (infobase.phac-aspc.gc.ca) constituent un outil Internet interactif qui donne accès facilement à des données de surveillance du cancer. Il permet de produire des tableaux, des graphiques et des cartes selon divers paramètres, comme le type de cancer, la région géographique et la période.

Statistique Canada

statcan.gc.ca (rechercher « cancer »)

On peut obtenir de plus amples renseignements sur la méthode utilisée dans la présente publication en s'adressant à la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Service national de rrenseignements : (statcan.infostats-infostats.statcan@canada.ca); ou auprès du service à la clientèle de la Division de la statistique de la santé : (statcan.hd-ds.statcan@canada.ca).

Des tableaux sur mesure peuvent être fournis sur demande, moyennant certains frais, selon le principe du recouvrement des coûts. Des articles analytiques paraissent régulièrement dans *Rapports sur la santé*, nº 82-003 au catalogue de Statistique Canada. Des tableaux normalisés détaillés peuvent être consultés sur le site Web de Statistique Canada (statcan.gc.ca).

Société canadienne du cancer

cancer.ca

Pour obtenir des renseignements généraux sur le cancer (comme la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou les soins du cancer), communiquez avec le service de renseignements de la Société canadienne du cancer, au 1 888 939-3333, ou avec le bureau national ou les bureaux régionaux de la Société canadienne du cancer.

Pour obtenir de l'information concernant la recherche subventionnée par la Société canadienne du cancer, visitez le site cancer.ca/research ou communiquez avec nous à research@cancer.ca.

Conseil canadien des registres du cancer

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Janet Templeton
Directrice, Cancer Care Program
Eastern Health
Dr H. Bliss Murphy Cancer Centre
300 Prince Philip Drive
St John's, NL A1B 3V6

Tél. : 709 777-6521
Téléc. : 709 753-0927

easternhealth.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Kim Vriends
Gestionnaire, Registre du cancer de l'Î.-P.-É.
Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard
Riverside Drive
Charlottetown, PE C1A 8T5

Tél. : 902 894-2167
Téléc. : 902 894-2187

NOUVELLE-ÉCOSSE

Gordon Walsh
Gestionnaire, Registres et analytique
Nova Scotia Cancer Care Program
1276 South Park Street
Bethune Building, Room 556
Halifax, NS B3H 2Y9

Tél. : 902 473-7258
Téléc. : 902 425-9614

http://www.nshealth.ca/cancer-care

NOUVEAU-BRUNSWICK

Dr Eshwar Kumar
Directeur médical, Registre du cancer du Nouveau-Brunswick
Conseiller médical, Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé
Place HSBC, 2e étage
520, rue King
Fredericton, NB E3B 5G8

Tél. : 506 453-5521
Téléc. : 506 453-5522

http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/NewBrunswickCancerNetwork.html

QUÉBEC

Christine Bertrand
Directrice du registre, de la surveillance et de la performance
Direction générale de cancérologie
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy, 7e étage
Québec, QC G1S 2M1

Tél. : 418 266-6940
Téléc. : 418 266-5862

http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/lutte-contre-le-cancer/

ONTARIO

Mary Jane King
Gestionnaire, Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario
Analytique et Informatique
Action Cancer Ontario
620 University Avenue
Toronto, ON M5G 2L7

Tél. : 416 217-1260
Téléc. : 416 217-1304

cancercare.on.ca

MANITOBA

Gail Noonan
Gestionnaire, Registre du cancer du Manitoba
Action Cancer Manitoba
675 McDermot Avenue, Room ON2114
Winnipeg, MB R3E 0V9

Tél. : 204 787-2157
Téléc. : 204 786-0628

cancercare.mb.ca

SASKATCHEWAN

Heather Stuart-Panko
Directrice, Registre des cancers
Saskatchewan Cancer Agency, 2nd Floor
#200-4545 Parliament Avenue
Regina, SK S4W 0G3

Tél. : 639 625-2042
Téléc. : 639 625-2191

saskcancer.ca

ALBERTA

Cindy Nikiforuk
Directrice, Alberta Cancer Registry
Cross Cancer Institute, Room 2133
11560 University Avenue
Edmonton, AB T6G 1Z2

Tél. : 780 432-8781
Téléc. : 780 432-8659

albertahealthservices.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Ryan Woods
Directeur scientifique, BC Cancer Registry
BC cancer
Cancer Control Research Unit
675 West 10th Avenue, Room #2-116
Vancouver, BC V5Z 1L3

Tél. : 604 675-8070
Téléc. : 604 675-8180

bccancer.bc.ca

NUNAVUT

Selina Khatun
Épidémiologiste, Department of Health
Population Health Information
Box 1000, Station 1033
Iqaluit, NU X0A 0H0

Tél. : 867 975-5937

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Heather Hannah
Épidémiologiste territoriale, Population Health
Department of Health and Social Services
Government of the NWT
Yellowknife, NT X1A 2L9

Tél. : 867 767-9066
Téléc. : 867 873-0442

www.hss.gov.nt.ca

YUKON

Marguerite Fenske
Gestionnaire, Technologies de l'information et informatique de la santé
Insured Health and Hearing Services
Box 2703 (H2-F)
Whitehorse, YT Y1A 2C6

Tél. : 867 393-6925
Téléc. : 867 667-5705

yukon.ca

STATISTIQUE CANADA

François Nault
Directeur, Division de la statistique de la santé
Immeuble R.H. Coats, 12e étage
100, promenade du pré Tunney
Ottawa, ON K1A 0T6

Tél. : 613 951-9039
Téléc. : 613 951-0792

statcan.gc.ca

Bureaux de la Société canadienne du cancer

BUREAU NATIONAL

55 St Clair Avenue West, Suite 300
Toronto (Ontario) M4V 2Y7

Tél. : 416 961-7223
Télécopieur : 416 961-4189
ccs@cancer.ca

Pour plus de renseignements sur le cancer :
info@cis.cancer.ca 1 888 939-3333

ALBERTA ET TERRITOIRES DU NORD-OUEST

325 Manning Road NE, Suite 200
Calgary (Alberta) T2E 2P5

Sans frais : 1 800 661-2262
Tél. : 403 205-3966
Télécopieur : 403 205-3979
info@cancer.ab.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

565 West 10th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 4J4

Sans frais : 1 800 663-2524
Tél. : 604 872-4400
Télécopieur : 604 872-4113
frontdesk@bc.cancer.ca

MANITOBA

193 Sherbrook Street
Winnipeg (Manitoba) R3C 2B7

Sans frais : 1 888 532-6982
Tél. : 204 774-7483
Télécopieur : 204 774-7500
info@mb.cancer.ca

NOUVEAU-BRUNSWICK

Case postale 2089
133, rue Prince William
Saint John (Nouveau-Brunswick) E2L 3T5

Tél. : 506 634-6272
Télécopieur : 506 634-3808
ccsnb@nb.cancer.ca

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Case postale 8921
Daffodil Place
70 Ropewalk Lane
St John's (Terre-Neuve) A1B 3R9

Sans frais : 1 888 753-6520
Tél. : 709 753-6520
Télécopieur : 709 753-9314
ccs@nl.cancer.ca

NOUVELLE-ÉCOSSE

5826 South Street, Suite 1
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 1S6

Sans frais : 1 800 639-0222
Tél. : 902 423-6183
Télécopieur : 902 429-6563
ccs.ns@ns.cancer.ca

ONTARIO

55 St Clair Avenue West, Suite 500
Toronto (Ontario) M4V 2Y7

Sans frais : 1 800 268-8874
Tél. : 416 488-5400
Télécopieur : 416 488-2872
webmaster@ontario.cancer.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

1 Rochford Street, Suite 1
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 9L2

Sans frais : 1 866 566-4007
Tél. : 902 566-4007
Télécopieur : 902 628-8281
info@pei.cancer.ca

QUÉBEC

5151, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 4A9

Tél. : 514 255-5151
Télécopieur : 514 255-2808
info@sic.cancer.ca

SASKATCHEWAN

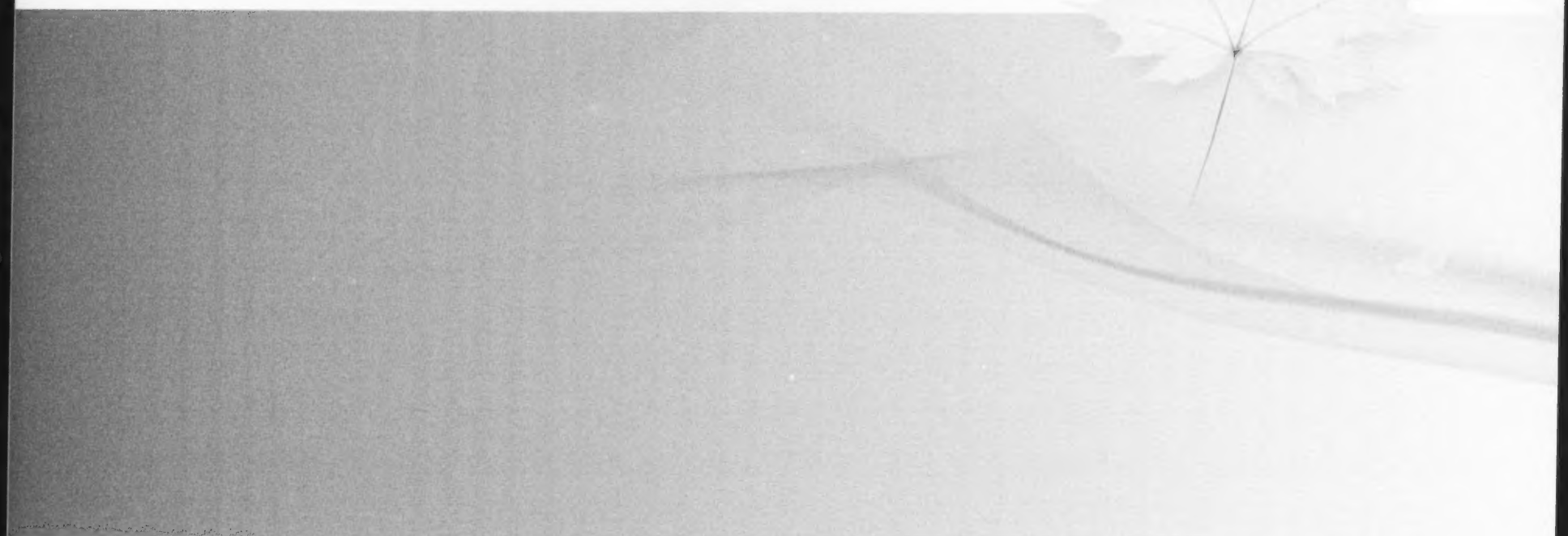
1910 McIntyre Street
Regina (Saskatchewan) S4P 2R3

Sans frais : 1 877 977-4673
Tél. : 306 790-5822
Télécopieur : 306 569-2133
ccssk@sk.cancer.ca

Des questions au sujet du cancer?

Pour en savoir plus sur le cancer, communiquez avec
le Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

1-888-939-3333 Du lundi au vendredi
cancer.ca



Société canadienne du cancer
Canadian Cancer Society